Health Canada Santé Canada

A Report From Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health

Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

For additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel: (613) 954-5995

Fax: (613) 941-5366

This publication can be made available in/on (computer diskette/large print/ audio-cassette/braille) upon request.

Également disponible en français sous le titre : *Un compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*

Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the
Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999
Cat. N° H39-434/1998E
ISBN 0-662-267-52-4

101-01222/

A Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health

Health Canada
1999

Contents

Acknowledgements i

Executive Summary ii

Introduction 1

The Importance of Sexual and Reproductive Health 1

Why Do We Need a Framework? 3

What are the Issues and Challenges? 3

- The Costs 5
- The Challenges 6

Context for Action 7

The Determinants of Sexual and Reproductive Health 9

- a) The Social and Economic Environment 10
- b) The Physical Environment 13
- c) Individual Capacities, Coping Skills and Health Practices 13
- d) Health Services 15

Principles 15

- Strategic Directions 19

Next Steps 20

Appendix – Sexual and Reproductive Health Throughout Life 21

References 25

Attachments

- Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health 29
- Priority Areas Identified During Discussions on a Framework for Sexual and Reproductive Health 37

Acknowledgements

Health Canada gratefully acknowledges the contribution of all those who participated in development of the *Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health*. Representatives of provincial and territorial governments assisted in arranging consultation meetings in their jurisdictions, reviewed drafts, and provided advice during several stages of the consultation process. Representatives of key national non-government organizations also provided advice, through meetings and written input. Staff of various sections of Health Canada provided advice at every step, and staff of other federal government departments made suggestions to help ensure an intersectoral focus. Without the time and commitment of these many people, it would not have been possible to produce this Report.

Executive Summary

This paper presents a report from consultations on a framework for comprehensive, collaborative action to maintain, protect and promote the sexual and reproductive health of all people in Canada. It provides a broad strategic foundation upon which partners inside and outside the government can build specific initiatives to address their priorities.

The consultation process was led by Health Canada, with the participation of other federal departments, provincial and territorial governments and key national non-government organizations. It addressed a need expressed by partners in all sectors, and responded to the call made by the Royal Commission on New Reproductive Technologies for a coherent, coordinated approach for promoting sexual and reproductive health. This report is the outcome of the consultation process and *does not* represent Health Canada's stated policy on sexual and reproductive health. Rather it identifies directions from which specific policies and actions can be developed collaboratively.

Healthy sexuality is a positive and life affirming part of being human. It includes knowledge of self; opportunities for healthy sexual development and sexual experience; the capacity for intimacy; an ability to share relationships and comfort with different expressions of sexuality including love, joy, caring, sensuality or celibacy. Reproductive capacity is also a fundamental part of being human, even though not everyone makes the choice to have children, or is able to reproduce.

Sexual and reproductive health is important throughout life. A healthy start gives children the capacity to develop a positive self-image and self-awareness and the capacity to establish satisfying relationships. During youth and early adulthood, decisions about sexual activity, reproduction and parenthood become crucially important. The best possible choices occur when a strong foundation has been set from the earliest days of life, and when information, education and supports to enable health are in place. During mid-life and the senior years the capacities, values, and supports developed throughout life continue to influence health and quality of life as self-awareness, relationships and sexuality mature.

Healthy societal values and attitudes about sexuality and reproduction, family and community networks and supports, educational and economic opportunities, a healthy physical environment, and access to effective services all enable sexual and reproductive health throughout life. Investing in policies, programs and initiatives to positively influence these conditions will offer excellent returns, now and far into the future.

In Canada, we have unacceptably high levels of sexual and reproductive health problems. Prevention of these problems, and effective care and support for those affected, must be a priority. Examples are rates of teen pregnancy that are higher than in many other developed countries, unacceptably high rates of low birth weight babies, large numbers of young people affected by sexually transmitted diseases (STDs) including HIV and AIDS, infertility experienced by about 7% of couples, often resulting from earlier untreated STDs, and unacceptable rates of sexual abuse and family violence.

The cost of these problems is high for both the individual and society at large. For example, every year Canadians spend approximately $30 million in direct costs on in vitro fertilization in an attempt to correct fertility problems.[14] A recent Canadian study estimates that the annual health-related costs of violence against women and children are $1,539,650,387. Violent assaults include sexual assaults.[16] The total economic burden associated with the HIV/AIDS epidemic to date amounts to $36 billion.[18]

We know that positive action is possible to promote sexual and reproductive health and prevent the kinds of problems outlined above. Programs and services are offered by all levels of government and private organizations in Canada, however there is wide agreement that we are not achieving the best possible result for our efforts, and that there are significant gaps. To respond, the Report presents a starting point for developing next steps, supported by partners inside and outside government, and is based on evidence about the factors that determine sexual and reproductive health, and knowledge about effective solutions.

Overview of the Principles and Strategic Directions

The accompanying table presents the proposed main elements of a framework for sexual and reproductive health. The paper provides a commentary on each of the principles and presents strategic directions to address the broad directions. The strategies are quite general, providing a comprehensive yet flexible foundation for development of more specific actions by various partners.

Next Steps

The Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health sets an ambitious and long term agenda that has the commitment of partners from many sectors inside and outside government. No individual partner can accomplish everything that is required, however through a collaborative approach, and with a sustained commitment, significant progress can be made. It will be useful as a policy and planning tool for decision makers and program planners.

The partners concluded that the next step would be to develop specific and concrete initiatives that build upon the broad directions and strategies contained in the Report. These should guide collaborative action in determining and addressing the most important and urgent priorities, while ensuring that any actions we take now lay a sound foundation for the future. There was consensus among partners regarding the need to work together to identify such priorities and develop collaborative initiatives that respond to them.

Purpose

Maintain, protect and promote the sexual and reproductive health of all people in Canada.

Principles

1. All individuals are sexual beings throughout their lives.
2. Individual autonomy and responsibility should guide all aspects of decision making.
3. The greatest benefits will be achieved by emphasizing promotion of sexual and reproductive health and prevention of problems.
4. Health interventions should be safe, effective and evidence-based, and individuals should be fully informed before making decisions regarding interventions.
5. The simplest and least invasive intervention that is appropriate and effective should be used in delivering health care.
6. Access to sexual and reproductive health programs and services should be equitable, responsive to diversity, and not limited because of discrimination based on gender, age, race, ethnicity, marital status, sexual orientation, religion, culture, language, socioeconomic status, disability or geographic location.
7. Individuals should be protected from diseases and hazardous environments that can adversely affect their sexual and reproductive health.
8. Families and communities should provide a supportive physical and psychosocial environment that enables all their members to maintain their sexual and reproductive health.

Strategic Directions

1. *Personal choices.* Increase opportunities for all individuals to develop and sustain the knowledge, attitudes, capacities, skills and behaviours needed to make healthy choices about sexuality and reproduction.
2. *Societal values.* Promote societal values and attitudes about sexuality and reproduction that enable and support healthy personal choices throughout life.
3. *Access to services.* Facilitate equitable access to effective health services that prevent problems and promote, protect and restore sexual and reproductive health.
4. *Physical environment.* Reduce risks and conditions in the physical environment that are harmful to sexual and reproductive health.
5. *Families and communities.* Strengthen the capacity of families and communities to maintain and improve the sexual and reproductive health of their members.
6. *Social and economic conditions.* Reduce social and economic risk conditions, particularly poverty and discrimination, which limit opportunities to achieve sexual and reproductive health.
7. *Research, evaluation and information.* Stimulate and support research and evaluation on factors and interventions that enhance sexual and reproductive health throughout life, and ensure availability of information to assist with planning and implementation of effective policies and programs.

Suggested Initiatives

Possible initiatives to address the broad directions are presented at the end of this paper.

Introduction

This paper presents the outcome of national discussions around a framework for comprehensive action to maintain, protect and promote the sexual and reproductive health of people in Canada. Included are principles to guide action, seven strategic directions focusing on the major determinants of sexual and reproductive health, and suggested initiatives for each of the seven directions. The Report is intended to stimulate and guide collaborative action by partners inside and outside government. It provides a broad strategic foundation upon which more specific initiatives can be built.

The Report was developed primarily in response to *Proceed With Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies*, which recommended a coordinated national approach for promoting sexual and reproductive health.[1] Although a major focus was prevention of infertility, the Royal Commission emphasized the importance of integrating infertility prevention into the wider perspective of health promotion and prevention policies, programs and initiatives. The Report from Consultations on a Framework for on Sexual and Reproductive Health responds by addressing the broad and interrelated influences on sexual and reproductive health at all stages of life.

Sexuality and reproductive capacity are seen as fundamental aspects of being human.

Development of the Report was led by Health Canada with the participation of other federal departments, provincial and territorial governments and key national non-government organizations. It builds upon specific recommendations for prevention and education made by the Royal Commission on New Reproductive Technologies, as well as directions and recommendations of other key national initiatives. These include reports from the Federal, Provincial, Territorial Working Groups on Women's Health and on Adolescent Reproductive Health; the *Canadian Guidelines for Sexual Health Education*; the recommendations of the Expert Interdisciplinary Advisory Committee on Sexually Transmitted Diseases in Children and Youth; the National AIDS Strategy; and the Federal Plan for Gender Equality.

The Importance of Sexual and Reproductive Health

This Report takes as its starting point a holistic view of sexual and reproductive health. Sexuality and reproductive capacity are seen as fundamental aspects of being human. Sexual and reproductive health is as important to quality of life as other key aspects of health such as eating, sleeping or physical activity. This is true regardless of age, gender, culture, abilities, sexual orientation, or other characteristics that make up our identity.

Healthy sexuality is a positive and life affirming part of being human. It includes knowledge of self, opportunities for healthy sexual development and sexual experience, the capacity for intimacy, an ability to share relationships, and comfort with different expressions of sexuality including love, joy, caring, sensuality or celibacy. Our attitudes about sexuality, our ability to understand and accept our own sexuality, to make healthy choices and respect the choices of others, are essential aspects of who we are and how we interact with our world.

Reproductive capacity is a fundamental part of being human, even though not everyone makes the choice to have children, or is able to reproduce. Our biological capacity to reproduce, and our expectations and values about reproduction, shape the way we view ourselves, our sexual decisions and choices, our choices in other life areas such as education and work, and our relationship with partners, families and communities.

Because of its essential importance throughout life, opportunities and supports for sexual and reproductive health must be available at all life stages. The biological, social and emotional foundation is set during early childhood. A healthy start in life provides the capacity to develop a positive self-image, make healthy choices, establish satisfying relationships, and cope with life challenges. These characteristics are the very basis of sexual and reproductive health throughout life.

During youth and early adulthood, decisions about sexual activity and reproduction become crucially important. The best possible choices occur when a strong foundation of personal capacities has been set from the earliest days of life, and when information, education and supports to enable health are in place. For those desiring children, preparation for parenthood is important, including healthy and informed choices during the preconception and prenatal period, skills for effective parenting, and the ability to maintain ongoing healthy family relationships.

A healthy start in life provides the capacity to develop a positive self-image, make healthy choices, establish satisfying relationships, and cope with life challenges. . . the very basis of sexual and reproductive health throughout life.

During mid-life and the senior years, sexuality and reproductive capacity continue to be essential aspects of life. The capacities, values, and supports developed throughout our lives influence our health and quality of life as our self-awareness, relationships and sexuality mature; and as the natural process of aging leads to changes in our biology, including our reproductive systems.

Because of the crucial and life affirming importance of sexual and reproductive health for individuals, families and society as a whole, it is important to ensure the conditions required to promote, protect and maintain it are in place. Healthy societal values and attitudes about sexuality and reproduction, family and community networks and supports, educational and economic opportunities, a healthy physical environment, and access to effective services all enable sexual

and reproductive health. Investing in policies, programs and initiatives to positively influence these conditions will offer excellent returns, now and far into the future.

Investing in policies, programs and initiatives to positively influence these conditions will offer excellent returns, now and far into the future.

Why Do We Need a Framework?

Clearly, sexual and reproductive health is essential for the well-being of all people in Canada. Yet the issues and challenges summarized in the next section show we have some distance to go to achieve it. Successful action on such a complex, multifaceted area requires a coherent approach to which key players are committed. Research and experience indicate that such an approach must include comprehensive, integrated strategies for collaborative action to promote and maintain the conditions known to support healthy development, as well as to prevent and reduce risks and problems. The Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health offers such an approach.

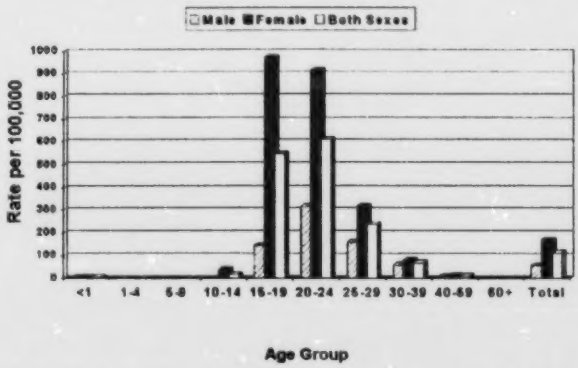
By focusing attention and action on the fundamental conditions necessary for sexual and reproductive health, and on the very serious risks and problems faced by many people in Canada, the Report provides the direction from which government and non-government organizations can plan initiatives. During development of the Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health, government and non-government partners showed their support and readiness to participate.

What Are the Issues and Challenges?

In a country like Canada, where our overall population is among the healthiest in the world, we have unacceptably high levels of sexual and reproductive health problems. Prevention of these problems, and effective care and support for those affected, must be a priority. The following are just a few of the issues we must address:

> ***Sexually Transmitted Diseases:*** Over 33,000 cases of chlamydia and 4,000 cases of gonorrhea were reported in Canada in 1997. Reported rates of chlamydia in adolescent girls are nine times the national rate[2]. If untreated, sexually transmitted diseases are estimated to account for 20% of all cases of infertility.[3]

Reported Genital Chlamydia rates in Canada by Age Group and Sex, 1997



Prepared by Division of HIV/AIDS Surveillance, Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, LCDC, Health Canada

Those who have less power, who experience economic hardship, who have less access to information and services, and who live in marginalized circumstances tend to be most affected.

HIV/AIDS: Since the beginning of the epidemic to December 31, 1998, a total of 16,236 AIDS cases and 11,534 deaths due to AIDS have been reported in Canada. Heterosexual contact accounted for 6.2% of positive HIV test reports among adults in the 1985-1994 testing period, compared to 16.0% in 1998.[4]

Low birth weight: Between 1985 and 1995, live births of less than 500 grams increased from 4.3 to 8.8 per 10,000. Low birth weight is higher among the youngest and oldest mothers than among those aged 25 to 34.[5] In urban Canada, the incidence of low birth weight and the infant mortality rate are relatively high in the lowest income neighborhoods.[6]

Teen Pregnancy: Canadian rates of teen pregnancy are higher than in many other developed countries.[7] Birth rates vary significantly across the country.[8]

Teen Pregnancy

- Canada's teen pregnancy rates are higher than in many other developed countries.
- Teen pregnancy is almost five times more common in the lowest compared to the highest income neighborhoods.
- Teen parents often have lower lifetime earnings, and more social problems throughout life.
- For every dollar spent on prevention of teen pregnancy, $10 could be saved just on the reduced cost of abortions and income support

In 1994 the rate of teen pregnancy in Canada was 48.8 per 1000 pregnancies, changed from 53.7 per 1000 pregnancies in 1974. While the 1974 to 1993 period saw an overall drop in teen pregnancy rate, the lowest rate during this twenty year period occurred in 1987, at 41.1 per 1000, and has steadily increased since.[9]

The social and economic consequences of teenage births are as important as the health implications. Previous studies suggest that teenage motherhood may result in a loss of educational and occupational opportunities and increase the likelihood of diminished socioeconomic status.[10]

Infertility: Approximately 250,000 couples in their reproductive years (7%) are currently affected by infertility.[11] Most of the demand for reproductive technologies such as in vitro fertilization and donor insemination is a direct result of infertility.

Sexual Violence: Four in ten adult women (39%) report having been sexually assaulted at least once since the age of 16. Almost 60% of women who experienced a sexual assault were the targets of more than one such incident.[12] The most extensive study of child sexual abuse in Canada indicates that, among adult Canadians, 53% of women and 31% of men were sexually abused when they were children.[13] Physical, sexual and psychological violence can lead to anxiety, depression, suicide and suicide attempts and a variety of physical health problems.

Although all Canadians are potentially at risk for some form of sexual or reproductive health problem, certain groups face particular challenges that limit their opportunities to achieve sexual and reproductive health. Those who have less power, who experience economic hardship, who have less access to information and services, and who live in marginalized circumstances tend to be most affected. Strategies and concrete action plans to address the needs of these groups must be a priority. The unique needs of persons with disabilities, Aboriginal peoples, ethnocultural minorities, and people with differing sexual orientations also require a special focus.

The Costs

Individual Canadians, and society at large, pay a significant price related to sexual and reproductive health problems. For the individual, these include the emotional cost of loss, pain and disappointment, the economic costs of lost wages and benefits, and the cost of purchasing drugs and other uninsured treatments. Societal costs include the direct cost of health services, the cost of benefits paid to those who could have remained healthy and independent, the sick days that could have been avoided, and the loss of productivity of those who are emotionally or physically distressed. Although care and support for those affected is essential, prevention clearly is preferable, and cost effective. A few examples strongly illustrate this essential point:

. . . for every dollar spent on preventing teenage pregnancy, $10 could be saved on the cost of abortions services and short and longer term costs of income maintenance.

- Canadians spend approximately $30 million every year on one procedure alone, in vitro fertilization, in an attempt to conceive.[14]

- It is estimated that for every dollar spent on preventing teenage pregnancy, $10 could be saved on the costs of abortion services and the short and longer term costs of income maintenance to adolescent sole support mothers.[15]

- A recent Canadian study estimates that the annual health-related costs of violence against women are $1,539,650,387. Violent assaults include sexual assaults.[16]

- The average length of stay for a premature baby with complications is about 45 days. The cost of hospital care for these babies is about $650 to $700 per day.[17]

- The total economic burden associated with the HIV/AIDS epidemic to date amounts to $36.3 billion (6.4 in direct costs and 29.9 in indirect costs).[18]

- For every dollar spent on early detection and treatment of chlamydia and gonorrhea, it is estimated that $12 could be saved in associated costs.[46]

The Challenges

We know a great deal about promoting sexual and reproductive health and preventing the kinds of problems outlined above. In fact, many initiatives, programs and services are offered by all levels of government and private organizations in Canada. But there is wide agreement that we are not achieving the best possible result for our efforts, and that there are significant gaps.

Some policies, programs and services do not yet reflect the growing evidence about the benefits of comprehensive efforts to address the broad determinants of sexual and reproductive health.

Perhaps the greatest challenge in taking action on sexual and reproductive health is the strong emotional response the topic elicits. Many people feel discomfort and embarrassment when dealing with a subject as value-laden and private as sexuality and sexual choices. Reproduction is similarly a very private and value-laden subject. As a result, finding a balance between differing views and sensitivities when developing public policies and initiatives has often proven to be difficult.

Another significant challenge results from the fact that existing programs and services tend to be isolated and fragmented. Although there is a growing understanding of the importance of comprehensive, integrated and multi sectoral efforts, our policies, programs and services do not yet reflect this understanding.

Access to sexual and reproductive health services are not equally available to all who need them. Some Canadians have little or no access to key services due to their socioeconomic status, age, abilities, where they live, and their language, culture or sexual orientation.

At the same time, sexual and reproductive health services are particularly vulnerable as reductions in health funding are made by all levels of government. This is at least partly due to a lack of knowledge among decision makers and the public about the consequences of teen pregnancies, low birth weight, STDs and other related problems on Canadian society as a whole, and the potential impact of improved sexual and reproductive health.

To help meet these challenges, the Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health presents, as a starting point, the elements for a cohesive national approach supported by partners inside and outside government. It is based on evidence about the factors that determine sexual and reproductive health, and knowledge about effective interventions.

Context for Action

Diversity. Canada's population is increasingly varied. The federal government's continued commitment to immigration means that our ethnocultural mosaic will become ever more rich and diverse. There is increasing recognition of the sexual diversity in our population, including diversity in sexual orientation and sexual practices. As well, diversity arises from differences created by geography, age, family structure, ability, living circumstances and lifestyle, and other social factors. Initiatives related to sexual and reproductive health must be sensitive to a wide range of personal, social, cultural, religious and sexual values, attitudes and expectations.

Age structure of the population. Canada's population is aging, which means that factors affecting sexuality in later life, and problems of the reproductive system that occur in older people, will have an increasing profile. As well, women are having children later in life, with more women having their first child in their late thirties or early forties.[19] Delayed child bearing is linked with decreased fertility, a situation experienced by many couples.

In the Aboriginal population the proportion of young people is very high. For example 37% of Aboriginal peoples are under the age of 15, and 56% are under the age of 25.[20] In these relatively young groups, a strong focus is needed on healthy sexuality and reproductive health during the teens and early adulthood.

Infertility & Reproductive Technologies

- Most of the demand for new reproductive technologies is a direct result of infertility.
- Untreated sexually transmitted diseases, especially chlamydia, account for 20% of infertility. One Canadian couple in 15 experiences fertility problems.
- Each year Canadians spend about $30 million on just one technology – in vitro fertilization – in an attempt to correct fertility problems.

New reproductive and genetic technologies. New reproductive and genetic technologies have already changed the way in which we look at human reproduction, and the role and structure of families. They introduce a host of health, social, ethical, legal and economic concerns. One of the key areas addressed by the Royal Commission on New Reproductive Technologies was the growing demand for assisted reproduction techniques such as in vitro fertilization, to deal with the problem of infertility. The causes of infertility are not totally understood, but are known to include the effects of untreated sexually transmitted diseases, smoking, age, workplace hazards, environmental pollution, and other toxic exposures. The Royal Commission recommended action be taken to prevent infertility, as part of a national approach for promoting sexual and reproductive health. Maintenance of reproductive capacity and prevention of infertility are important components of the Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health.

Gender issues. Another important aspect of sexual and reproductive health is Canada's ongoing commitment to gender equality. Canada's Federal Plan for Gender Equality reflects the commitment to the UN Platform for Action arising from the 1995 Beijing Fourth World Conference on Women and the 1994 Cairo International Conference on Population and Development. This federal plan includes an objective to improve women's physical and psychological well-being by addressing the broad socioeconomic factors that affect women's health, as well as sexual and reproductive health problems such as HIV/AIDS and breast cancer; the over-medicalization of reproduction, childbirth and menopause; and new reproductive technologies.

The importance of gender sensitivity must also be recognized. Sexual and reproductive health is clearly important both for women and men. Yet the past and current emphasis in the field is disproportionately on women. For example, teen pregnancy is most often seen as a problem for young women, not for young men, with most of the onus for preventing pregnancy falling on the young woman rather than emphasizing the sexual behavior and responsibilities of both. As well, gender sensitivity is too often taken to mean sensitivity to women's issues. To be successful, policies and initiatives to improve sexual and reproductive health must recognize and respond to the issues, needs and

responsibilities of both men and women, girls and boys, and make sure both genders have equitable access to effective programs and services. The challenge is to recognize the differences, and the similarities, between males and females and develop suitable interventions to respond appropriately.

To be successful, policies and initiatives to improve sexual and reproductive health must recognize and respond to the issues, needs and responsibilities of both men and women, girls and boys.

Health care system restructuring. In many regions, responsibility for health care services is being devolved to the regional and community level. This provides opportunities for improving the coordination and responsiveness of sexual and reproductive health services at the local level but impedes the continuity of services on a national basis. The Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health provides a tool to help policy makers, planners, and service deliverers focus on core sexual and reproductive health needs and effective services and interventions.

The Determinants of Sexual and Reproductive Health

The directions and strategies proposed in the Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health are based on evidence about the broad range of factors that determine the overall health and well-being of the population. The major categories of determinants have been adapted from the widely-used document *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians.*[21]

a) ***The Social and Economic Environment***, including income, social status and hierarchy, social supports, education, employment and working conditions.

b) ***The Physical Environment***, including natural and human-built environments.

c) ***Personal Health Practices, Capacities and Coping Skills***, including choices that enhance or create risks to health, psychological attributes of the person such as self esteem and sense of control, as well as biological characteristics.

d) ***Health Services***, including services to promote, protect, maintain and restore health.

The above categories are interrelated. For example, personal capacities and coping skills are strongly influenced by the social, economic and physical environments within which they develop and are exercised. As well, there are factors not usually identified as specific determinants of health, but that relate to all of the determinants in a complex way. Two of the most important of these are gender and culture.

Gender. Gender refers to the array of roles, personality traits, attitudes, behaviors, values, relative power and influence that society ascribes to men and women on a differential basis. Many health and social issues are a result of gender-based social status or roles. For example, women are more likely to experience low income, single parenthood, lower educational levels, and lower levels of self-esteem and feelings of personal competence. As well, there is considerable evidence of gender bias within the health care system. This means that both women and men may receive inappropriate care that is not sensitive to their needs.

Culture. The dominance of 'mainstream' cultural values may result in marginalization, stigmatization, loss or devaluation of language and culture, and lack of access to appropriate health services for people from different cultures. These negative effects can alter the way in which all of the determinants exert an influence on health.

The following are examples of how the determinants of health listed above specifically influence sexual and reproductive health. The examples are drawn from the available evidence. Many of the examples focus on women, because the existing research base emphasizes women and childbearing.

a) The Social and Economic Environment

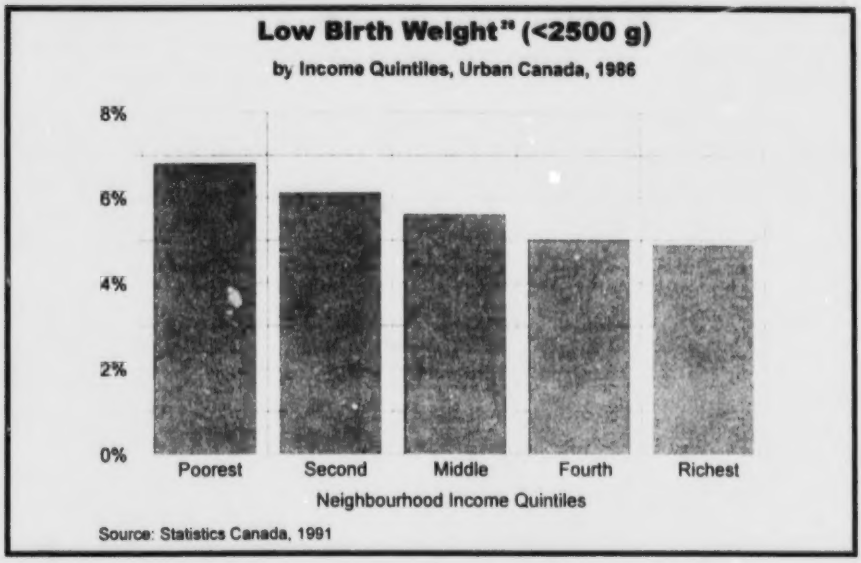
Income, Social Status and Hierarchy

There is strong evidence that lower income and socioeconomic status are associated with poorer health in general, and that health status increases with each step up the socioeconomic ladder.[21] This is also the case for sexual and reproductive health.

Early initiation into sexual activity and riskier sexual practices are higher among youth in lower socioeconomic groups.

Early initiation into sexual activity and riskier sexual practices are higher among youth in groups with lower socioeconomic status. For example, teenagers whose parents have lower educational levels are more likely to be sexually active, and those who live with a single parent are more likely to have had multiple sex partners.[22,23]

Young people in lower socioeconomic groups are at higher risk of teenage pregnancy. Teenagers who live in the lowest income neighborhoods have birth rates nearly five times higher than those in the highest income areas.[24] Income also has an impact on birth outcomes. There are 1.4 times as many low birth weight babies born to those living in low income neighborhoods as compared to higher income areas, and babies with low birth weight are at higher risk of death, disease and lifelong health problems.[25]



Individuals with low income live disproportionately in rural and remote areas where some sexual and reproductive health services, for example abortion services and sexually transmitted disease clinics, may be less accessible. Lower income women also are less likely to have, or more likely to delay, preventive procedures such as mammograms and Pap smears.[27,28] People with low income also may not be able to afford products such as oral contraceptives and condoms.

Social status affects the degree of control people have over their lives, especially in stressful situations. Members of certain groups often have less status and may be marginalized in terms of full participation in the social and economic benefits of society. They may include the poor, women, lesbians, gay men, bisexual persons, youth, Aboriginal peoples, persons with disabilities and ethnocultural minorities. A lack of power and equal status in society can make it more difficult to participate fully in relationships and make healthy choices regarding sexual and reproductive health. Social status also influences access to health care, with services sometimes not accessible or responsive to the needs of those perceived as being marginalized or having lower social status.

In our society many women hold less power in heterosexual sexual relationships, which affects their ability to delay sexual activity, to insist on protection during sexual contact or to have pleasure in sexual relationships.[29] Women are often conditioned to assume a submissive or passive role and may not have the power to insist on safer sex practices. According to one study, one-third of Aboriginal women indicated they were afraid of being abused if they refused to have sex with a partner.[30]

Employment and Working Conditions

Both unemployment and lower status in the workplace are associated with poorer health. Lower status may lead to sexual harassment in the workforce. Work-related pressures, poor working conditions and fear of unemployment contribute to poor overall health and may lead to unhealthy choices such as tobacco and alcohol use during pregnancy, and shorter pregnancy leaves. Exposure to hazards and contaminants in the workplace can also harm reproductive health.

Social Supports

Social values, attitudes and expectations shape our sense of our own sexuality and our sexual behavior, as well as our views and choices about reproduction.

Social environments provided by families, peer groups, communities and society in general have a major influence on sexual and reproductive health. The societal and cultural values, attitudes and expectations that surround us shape our sense of our own sexuality and our sexual behavior, as well as our views and choices about reproduction. Media images exert a powerful influence on attitudes about gender roles, power, sexual attractiveness and body ideals.

Social and emotional support from families, friends and communities is associated with better sexual and reproductive health. For example, providing enhanced social support during pregnancy, including family support and social support from a care giver, has a beneficial effect on the emotional well-being and health behaviors of the mother, and also contributes to the health of the baby.[31] Community and peer support are also important in the prevention and treatment of sexually transmitted diseases because they provide the context of values, norms, expectations and reinforcements within which healthy choices about sexual behavior are made.

Education

Low expectations about the level of education that could be achieved create high-risk situations for young people. They see few future alternatives to justify either postponing sexual activity or using contraception consistently.

Health status, including that of sexual and reproductive health status, increases with level of formal education. In women, higher levels of education are linked to fewer unwanted pregnancies, fewer babies with low birth weight and to lower rates of infant mortality.[32,33] Lower education levels among adults are associated with early onset of sexual activity and significantly lower rates of contraceptive use. Education also influences decisions regarding sexual activity among young people. Students who have higher expectations for education have a higher rate of contraceptive use. Low expectations about the level of education that could be achieved create high-risk situations for young people who see few future alternatives to justify either postponing sexual activity or using contraception consistently.[34]

b) The Physical Environment

The physical environment, including housing, quality of air and water and the safety of communities have a major impact on health. Many of the products and chemicals used and consumed can affect our general health and some may have specific effects on sexual and reproductive health. Strategies that impact the physical environment must address complex and interrelated systems. There is enough evidence to maintain vigilance in testing new and existing chemicals in an effort to adequately protect the reproductive health of all Canadians.

Drugs and devices related to reproduction and sexuality are another part of our physical environment. For example, 27% of women aged 15 to 44 use birth control pills for contraception and 21% of sexually active adults use condoms. Two percent use intrauterine devices.[35] The safety and effectiveness of these drugs and devices is essential to reproductive health.

c) Individual Capacities, Coping Skills and Health Practices

Personal Health Practices, Capacities and Choices

Personal capacities such as coping skills and sense of control, self-esteem and competence are strongly linked with overall health status, and are key contributors to sexual and reproductive health. People's attitudes and beliefs about their own worth and their sense of control over their lives influence their decisions about sex and sexuality. As part of development, young people do take risks and test limits. However, if they have a good sense of their own worth and strong coping and decision-making skills, they will be better able to assess risks and reduce the potential for harm.

At the same time, supportive social environments are necessary to enable and sustain healthy choices. The use of birth controls or practices to provide protection from sexually transmitted diseases (STDs), illustrate the interaction between a person's knowledge, attitudes, intentions and skills, and their social environment. For example, there are many factors that influence whether or not a couple uses a condom during sexual activity, including what they have learned about birth control or STDs and HIV/AIDS; how easy condoms are to get and to use; their own comfort or discomfort with their bodies; perceptions about the consequences of not using protection; how their peer group views the matter; how much power each person perceives that they have in the relationship; and whether the focus is on male pleasure, female pleasure, or both.

People's knowledge, attitudes, intentions and skills are key determinants of healthy choices about sex, sexuality and reproduction.

Choices About Safer Sex

- Over 60% of Canadian youth under 19 have had sexual intercourse. The main danger young people see in being sexually active is pregnancy, not STDs or HIV.
- Whether condoms are used depends on many factors including how easy they are to get, beliefs about consequences of not using protection, how peers view the matter, and perceptions of how much power each person in the relationship has.
- Condom use declines in the later teens when young women are more likely to be using oral contraceptives. A large portion of sexually active teens, especially those with multiple partners, do not use condoms at all.
- Most youth are unaware and unconcerned about future problems such as pelvic inflammatory disease, infertility, ectopic pregnancy, and chronic pelvic pain that may result from STDs.

Biology

Biology, including how the human body functions and develops, is a fundamental determinant of health with important impacts on sexual and reproductive health. The most obvious biological characteristic is that of a person's sex. Because of physiological differences, males and females have different sexual and reproductive experiences and risks. For example, women are at greater risk of acquiring certain sexually transmitted diseases due to the greater vulnerability of the female reproductive tract.[36]

Menopause can represent a significant change in women's sexual and reproductive life biologically, socially and emotionally. Many women experience a sense of freedom and ease in entering this period of their life; others may find some of the consequences of hormone loss stressful, or may be concerned about increased health risks. A particular point of concern is the use of hormone replacement therapy (HRT) to counteract hormone deficiency resulting from menopause.[37]

Other characteristics passed on from parent to child appear to make certain individuals more prone or resistant to particular diseases or health problems. Certain perinatal conditions (e.g. heart defects) and genetic variations are incompatible with life and account for approximately one-third of infant deaths in Canada.[38]

A wide variety of physical and behavioral abnormalities have been found in the children of women who consume excessive amounts of alcohol during pregnancy. The most widely recognized is Fetal Alcohol Syndrome (FAS), which includes growth retardation, intellectual impairment and distinctive physical characteristics. Furthermore, smoking during pregnancy has been found to be associated with lower birth weights, shorter gestation periods, and an increase in spontaneous abortions and still births.[39]

d) Health Services

Access to safe, effective and appropriate health services, when they are needed, has a positive influence on sexual and reproductive health. For example, an intervention that provided access to public health family planning services combined with school-based sexuality education in Ontario was associated with a decline in teen pregnancy rates greater than for the province as a whole.[40] Teen pregnancy and abortion rates are lower in countries where there is wide access to sexuality education and contraceptive services.[41] Research in many places shows that access to prenatal education and services is associated with better outcomes for mother and child.

Teen pregnancy and abortion rates are lower in countries where there is wide access to sexuality education and contraceptive services.

At the same time, unnecessary or ineffective health care interventions may actually cause harm, and at the very least waste resources that could be better spent elsewhere. For example, Canada has a high variability in the rates of caesarian births, hysterectomies, and use of technologies such as electronic fetal monitoring, indicating that clinical standards and guidelines are not being followed in many instances, or that better standards are needed.[42,43,44,45]

As well, the effectiveness of services can be compromised when they are not sensitive to client characteristics such as gender, culture and disability.

Principles

The following eight principles should guide the actions to maintain, protect and promote the sexual and reproductive health of all people in Canada. They reflect fundamental values of our pluralistic Canadian society, and are consistent with what we know about the factors that influence sexual and reproductive health.

Principle 1: **All individuals are sexual beings throughout their lives.**

Sexuality throughout life should be celebrated as a dynamic and creative element of our whole being, with mental, spiritual, physical and emotional aspects. It is both an intensely personal experience and one that shapes many of our social interactions and significant relationships. Recognizing that sexual experiences are not always positive, we should aim to promote and celebrate diverse, healthy sexual relationships and identities that are free from coercion, abuse, guilt and shame. Programs and services should take into account all aspects of the individual's situation and the environment.

Principle 2: **Individual autonomy and responsibility should guide all aspects of decision making.**

Eight principles should guide the actions to maintain, protect and promote the sexual and reproductive health of all people in Canada.

Individuals have the right to choose the sexual relationships they enter into. With this right comes the responsibility to protect and promote one's own sexual health, and because sexual choices are most often a matter of interdependence, the responsibility to respect the choices and safeguard the well-being of others. Individuals have the right to make informed choices concerning their sexual and reproductive health. This includes control over their bodies and the right to refuse treatments for health conditions and disease.

Principle 3: **The promotion of sexual and reproductive health and prevention of problems will reap the greatest benefits.**

Like other health issues facing Canadians, the case of promotion and prevention, over more costly and distressing intervention after a problem occurs, is clear. Sexual and reproductive health problems such as unintended pregnancy, sexually transmitted diseases and HIV/AIDS, violence and cancers create undue hardship and anguish and exact huge financial and emotional costs. All sectors of society – the business sector, governments, communities, families, individuals, and clinicians – should work together to bring about conditions that support optimal health. A population health approach, which emphasizes prevention and promotion, will ensure that resources are applied in areas with the greatest benefit to the population as a whole and to sub-populations with the greatest needs.

Principle 4: **Health interventions should be safe, effective and evidence-based, and individuals should be fully informed before making decisions.**

All sectors of society (individuals, families, communities, governments, and private sector) have a role to play in promoting sexual and reproductive health. Governments and those delivering health programs and services have a particular responsibility to provide as high quality interventions as possible. They also have a responsibility to work with individuals in ways that increase knowledge and the ability to make sound decisions, by providing balanced, current and relevant information through empowering interactions.

Principle 5: **The simplest and least invasive intervention that is appropriate and effective should be used in delivering health care.**

Interventions related to sexual and reproductive health are sometimes inappropriate, for example, unnecessary hysterectomies and caesarian births. Treatment interventions, when required to restore and maintain health, should be as minimal and as non-invasive as possible. However, it is recognized that in some cases, the most appropriate and effective intervention is invasive.

Principle 6: **Access to sexual and reproductive health programs and services should be equitable, responsive to diversity, and not limited because of discrimination based on gender, age, race, ethnicity, marital status, sexual orientation, religion, culture, language, socioeconomic status, disability or geographic location.**

All reproductive and sexual health choices are affected by individual characteristics and situations, but these should not create barriers in access to services and programs. All individuals enjoy the same rights and freedoms. Services and programs should recognize diversity and aim to remove physical, attitudinal and psychological barriers. Therefore, sexual and reproductive health programs and services should be equally accessible and available to all Canadians. Programs and services should be delivered within the philosophy of "the right services, the right provider, the right time and the right place." While afford ability always will be a concern, this must be balanced by the proven benefits of optimal health through prevention, promotion and care.

Services and programs should recognize diversity and aim to remove physical, attitudinal and psychological barriers.

Principle 7: **Individuals should be protected from diseases and hazardous environments that can adversely affect their sexual and reproductive health.**

Individuals, organizations and corporations all share responsibility for contributing to safe and health promoting environments. Governments can take collective responsibility to reduce and eliminate circumstances that can adversely affect sexual and reproductive health. For example, appropriate levels of government should create and implement policies, legislation and regulations in order to continue to monitor and regulate drugs and devices, control workplace hazards and prohibit harassment.

Principle 8: **Families and communities share responsibility in providing a physical and psycho social environment that enables all its members to maintain their sexual and reproductive health.**

Families and communities provide the context in which individuals live and interact. Families in this sense include those who provide the most immediate and extensive support to its members, whether or not they are biologically related. Communities can include a defined geographic area or a group united by a similar culture, background or experience. As such, they are an essential source of support concerning sexual and reproductive health. This support can include protection from harassment, discrimination and violence, and support and respect for diversity.

Strategic Directions

The following strategic directions provide the basis for the practical application of the concepts expressed through the principles. These seven strategic directions identify key areas where effort can be taken and a positive impact can result. Although each direction is stated separately, they are interrelated and any effort taken in one area will most likely have an impact in another area. This synergy can be positive and desirable.

It is hoped that these strategic directions will guide the various stakeholders as they plan and implement initiatives that respond to this Report.. A consolidation of suggested initiatives identified through the consultation process with stakeholders is provided on page 28 of this document.

1. **Personal Choices**. To increase the opportunities for all individuals to develop and sustain the knowledge, capacities, skills and behaviors needed to make healthy choices about sexuality and reproduction.

2. **Societal Values**. To promote a set of values and attitudes about sexuality and reproduction that enable and support healthy personal choices throughout life.

3. **Access to Services**. To facilitate equitable access to effective health services and treatments that prevent problems and promote, protect and restore sexual and reproductive health.

4. **Physical Environment**. To reduce risk factors and conditions in the physical environment that are harmful to sexual and reproductive health.

5. **Families and Communities**. To strengthen the capacity of families and communities so that they can maintain and improve the sexual and reproductive health of their members.

6. **Social and Economic Conditions**. To reduce social and economic risk conditions, particularly poverty and discrimination, which limit opportunities to achieve sexual and reproductive health.

7. **Research, Evaluation and Information**. To stimulate and support research and evaluation on factors and interventions that enhance sexual and reproductive health throughout life and to ensure the availability of information to assist with planning and implementation of effective policies and programs.

The first six directions tackle the major determinants of sexual and reproductive health. The seventh addresses key tools and supports necessary for effective action.

Next Steps

The Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health provides a broad platform for action. It sets an ambitious and long term vision that will require the commitment of partners from many sectors inside and outside government.

The next steps should involve all partners in developing more specific and concrete initiatives to build upon the principles and strategic directions contained in the Report. These should guide collaborative action in determining and addressing the most important and urgent priorities, while ensuring that any actions taken now lay a sound foundation for the future.

Attached to this document are several lists of initiatives that were suggested during the discussions that occurred in preparing this Report. They have been organized by strategic direction. Partners are encouraged to review this list when planning activities to promote the principles and strategic directions that have been stated in the Report.

Clearly, there is a great deal to be done, and no one partner can accomplish everything that is required. Inevitably, there will be obstacles to overcome, however, with a sustained commitment, significant progress can be made.

Appendix: Sexual and Reproductive Health Throughout Life

Childhood

Preconception health and preparation for pregnancy by both parents contribute to the best possible outcomes for baby and parents. Important factors include nutrition, lifestyle choices such as tobacco, alcohol and drug abuse, use of medications, biology, environmental exposures, sexually transmitted diseases and HIV/AIDS, other health problems or risks, and economic and social supports.

Healthy pregnancy and childbirth, including early and continuing assessment of mother and fetus, education and counseling for parents about factors to promote health and prevent problems during pregnancy, preparation for giving birth, and provision of economic and psycho social support when needed, contribute to good outcomes for the child and parents.

Healthy sexual development begins in early childhood and has a profound effect throughout life.

Childhood development has a powerful impact on health during childhood and throughout life. Effective early childhood nurturing and parenting and appropriate stimulation, socialization and education of young children contribute to a developing sense of self, and the capacity to form trusting and secure relationships. The capacity to learn, think critically, cope with stress, have good self-esteem and make good decisions starts developing in early childhood. Healthy sexual development, including development of intimacy and trust, gender identification, and positive experience of sensual and sexual feelings, also begins in early childhood. These factors have a profound effect on healthy sexuality and sexual and reproductive decision-making throughout life.

Key issues and risks that negatively affect sexual and reproductive health at this life stage include lack of good pre- and post-natal care and support; negative outcomes due to lack of good early childhood care, nurturing, stimulation and positive social interaction; exposure to harmful or negative attitudes about sex and sexuality; and physical, emotional and sexual abuse.

Youth

Personal and sexual development begun in early childhood, continues into later childhood and youth. Important developmental milestones are the capacity to use abstract reasoning and communicate with persons in close relationships, development of meaningful relationships with peers, growing sense of self and establishment of values, puberty and a developing sense of one's own body, awareness of sexual feelings and responses, and decisions about sexual activity.

During later childhood and youth, developing attitudes about sexuality and reproduction are strongly affected by peer relationships.

Social influences strongly impact personal attributes and sexual development and decisions during later childhood and youth. A crucial influence is societal and cultural attitudes and values about gender roles and power. Young women's wishes and needs are generally expected to be subordinate to those of young men. As a result, young women often find it difficult to be assertive, but at the same time are given most of the responsibility for preventing pregnancy and sexually transmitted diseases. Mass media images create and reinforce attitudes and values about gender roles and power, have powerful influences on attitudes about sexual attractiveness and body ideals, and create social expectations about acceptable choices regarding sex, sexuality and reproduction. Peer relationships also have a great influence on development of values and attitudes, and on decisions about sex, sexuality and reproduction.

Key issues and risks during this life stage include risky sexual practices by sexually active youth resulting in high rates of sexually transmitted diseases and teen pregnancies; high rates of violence in young people's intimate relationships; negative and unrealistic images of sex and sexuality in the mass media that contribute to unrealistic expectations about interpersonal relationships, poor body image, poor nutrition and eating disorders among youth, especially young women; and negative social attitudes toward homosexuality that contribute to identity confusion, isolation and rejection of gay, lesbian and bisexual youth.

Adulthood

Adult sexuality is a continuing part of life for all adult men and women, whether or not they are sexually active. It may include sexual feelings and expression, sexual decision-making, longer-term commitment to a partner, deciding if and when to have children, dealing with pregnancy and childbirth, contraceptive use and protection from sexually transmitted diseases and HIV/AIDS, menopause as a developmental phase and a biological event, and for some people, dealing with conditions and diseases that negatively affect sexual and reproductive health.

Social influences continue from youth into adulthood. Gender roles and power continue to influence sexual and reproductive choices and health, and mass media continue to have a powerful impact. For example, gender role stereotypes limit the full expression of sexuality, and can be oppressive to women. Homophobia is widespread. Media images of sex have become much more explicit in recent years, and sex role stereotyping and violence are regularly linked to sexual expression in television, movies and advertising. At the same time, sexuality is often portrayed as forbidden and shameful. These factors can create conflict and unhealthy expectations in sexual relationships, and contribute to risky sexual practices, poor self-concept and dysfunctional relationships.

Social expectations about gender roles and power influence sexual and reproductive choices throughout adulthood.

Key issues and risks at this life stage include high rates of unintended or unwanted pregnancies, which may have negative effects for the child and parents. Other issues are high rates of sexually transmitted diseases and increasing rates of sexually transmitted HIV; unacceptable levels of infertility resulting from STDs, workplace hazards, environmental contaminants, age, and smoking; growing use of reproductive technologies to respond to infertility or manipulate the conception process; risks during pregnancy linked to poor prenatal care, substance use and abuse, poverty and lack of social supports; menopause and hormonal changes; unacceptable levels of violence, including sexual violence; rates of reproductive cancers, including breast, cervical and prostate cancer; and other sexual and reproductive conditions and disorders such as endometriosis and sexual dysfunction.

Late Adulthood

Sexuality in later life continues to be important. Men and women in their later years remain sexual beings and many people continue to be sexually active in later life. Even when sexual expression changes, sexual feelings and responses continue. The experience of sex and sexuality is influenced by the physical and emotional responses associated with hormonal changes and the process of aging, and may include a sense of loss and grief related to changes in sexual functioning and expression, and to loss of partners and peers.

Social influences on sexuality continue into later life. Positive influences may include a growing sense of freedom with the lessening of child rearing and job responsibilities, and a more balanced appreciation of sexual and other personal relationships. At the same time, societal attitudes tend to deny the sexuality of older men and women, and do not value the old as much as youth. Older women face stereotypes depicting them as being in a period of decline. In a society which equates 'femaleness' with youth and beauty, and beauty with worth, older women struggle with a devaluation that not only undermines their self-esteem, but may also have serious repercussions for their health. Older men also face

Sexual feeling and responses continue in later life, although sexual expression may change with the physical and emotional effects of aging.

negative societal attitudes. Current views of masculinity place great emphasis on potency and control, and the decline in sexual potency that accompanies aging is sometimes a subject for ridicule and embarrassment. The result may be a sense of loss of ability, power and declining self-esteem.

Key issues and risks in later life include increasing rates of cancers of the reproductive system, especially for breast and prostate cancer; violence directed toward older adults living in institutions; and other conditions and disorders such as arthritis, chronic back pain, diabetes, hypertension, incontinence, osteoporosis and heart disease that may affect sexual functioning.

References

1. Royal Commission on New Reproductive Technologies (1993). *Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies* (Vols. 1 & 2). Ottawa: Minister of Government Services Canada.

2. Division of HIV/AIDS Surveillance, Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, LCDC, Health Canada. (1999). *Sexually Transmitted Diseases in Canada: 1996 Surveillance Report.* (With preliminary 1997 Data). Canada Communicable Disease Report - Supplement, Vol. 25S1.

3. Royal Commission on New Reproductive Technologies (1993). *Prevention of Infertility: Research Studies of the Royal Commission on New Reproductive Technologies* Vol. 8. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

4. Division of HIV/AIDS Surveillance, Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, LCDC, Health Canada. (1999). *HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 1998.*

5. Nault, F. (1997). *Infant mortality and low birth weight, 1975 to 1995.* Health Reports, Winter 9(3). Ottawa: Statistics Canada.

6. Wilkins, R., Sherman, G.J., & Best, P.A.F. (1991). *Birth Outcomes and Infant Mortality by Income in Urban Canada, 1986.* Health Reports, 3(1): 7-31. Ottawa: Statistics Canada.

7. The Alan Guttmacher Institute (1994). *Sex and America's Teenagers.* New York: The Alan Guttmacher Institute.

8. Wadhera, S. & Millar, W.J. (1997). *Teenage pregnancies, 1974 to 1994.* Health Reports, Winter 9(3). Ottawa: Statistics Canada.

9. Wadhera S. & Millar W.J. (1996). *Reproductive Health: Pregnancies and Rates, Canada, 1974-1993.* Ottawa: Statistics Canada, *October.*

10. Wadhera, S. & Strachan, J. (1991). *Teenage pregnancies, Canada, 1975-1989.* Health Reports, 3(4). Ottawa: Statistics Canada.

11. Royal Commission on New Reproductive Technologies (1993). *Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies* (Vol. 1). Ottawa: Minister of Government Services Canada. 180.

12. Statistics Canada. (1993). *The Violence Against Women Survey Highlights.* The Daily, November 18. Ottawa: Statistics Canada

13. Bagley, C.R. (1987). *Child Sexual Abuse in Canada: Further Analysis of the 1983 National Survey.* Calgary: The University of Calgary.

14. Data on *in vitro* fertilization (IVF) is collected on a voluntary basis by the Canadian Regulatory Authority in Ottawa. In 1995, 5,000 cycles of IVF were done in Canada at a cost of about $6,000-$6,500 per cycle started for a total of more than $30 million.

15. Orton, M. J. & Rosenblatt, E. (1986). *Adolescent Pregnancy in Ontario: Progress in Prevention* (Report 2). Hamilton: McMaster University, School of Social Work, 126.

16. Day, T. (1995). *The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Iceberg.* London: Centre for Research on Violence Against Women and Children.

17. Canadian Nurses Association. (1993). *Nursing intensive care for newborn babies.* (Fact Sheet 7). Ottawa: Canadian Nurses Association.

18. Albert, T. & Williams, G. (1997). *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada.* Ottawa: Canadian Policy Research Networks Inc..

19. Grindstaff, C.F. (1995). *Canadian fertility 1951 to 1993: From boom to bust to stability?* Canadian Social Trends. (39) Winter, 12-16. Ottawa: Statistics Canada.

20. Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Perspectives and Realities* (Vol 4). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 151.

21. Health Canada. (1994). *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

22. Langille, D. B., Beazley R., Shoveller, J., & Johnston, G. (1994). *Prevalence of high risk sexual behavior in adolescents attending school in a county in Nova Scotia.* Canadian Journal of Public Health, 85(4): 227-230.

23. Peters, L. & Murphy, A. (1993). *Adolescent Health Survey: Province of British Columbia.* Vancouver: The McCreary Centre Society, 67.

24. Ross, D. P., Scott, K., & Kelly, M. (1996). *Child Poverty: What Are The Consequences?* Ottawa: Canadian Council on Social Development..

25. Ng, E. & Wilkins, R. (1994). *Maternal demographic characteristics and rates of low birth weight in Canada, 1961 to 1990.* Health Reports, 6(2): 241-252. Ottawa: Statistics Canada.

26. Millar, W.J., Strachan, J., & Wadhera, S. (1991). *Trends in Low Birth Weight in Canada 1971 to 1989.* Health Reports, 3(4). Ottawa: Statistics Canada.

27. Ontario Ministry of Health. (1992). *Ontario Health Survey 1990 Highlights.* Toronto: Ontario Ministry of Health, 24.

28. O'Connor, A. (1993). *Women's Cancer Prevention Practices. Canada's Health Promotion Survey 1990: Technical Report.* T. Stephens & D.F. Graham (Eds.). Ottawa: Health and Welfare Canada, 178.

29. Kinnon, D. (1994). *The birth control gap. On Women Healthsharing.* E. Dua, M. Fitzgerald, L. Gardner, D. Taylor, & L. Wyndels (Eds.). Toronto: Women's Press, 155-160.

30. Aboriginal Nurses Association of Canada. (1996). *HIV/AIDS and its Impact on Aboriginal Women in Canada.* Ottawa: Minister of Health Canada, 34.

31. Oakley, A., Rajan, L., & Grant, A. (1990). *Social support and pregnancy outcome.* British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 97(2): 155- 162.

32. Colin, C. & Desrosiers, H. (1989). *Naître égaux et en santé.* Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

33. Sadik, N. (1994). *Key issues affecting the status of women.* International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 46(2): 209-214.

34. Orton, M. J . & Rosenblatt, E. (1986). *Adolescent pregnancy in Ontario: Progress in Prevention* (Report 2). Hamilton: McMaster University, School of Social Work, 27-28.

35. Murray, T. (1995). *Sterilization now a favorite birth control method.* The Medical Post, 31(28) August 8, 39.

36. Royal Commission on New Reproductive Technologies (1993). *Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies* (Vol 1). Ottawa: Minister of Government Services Canada. p. 207.

37. Beaudet, M.P., Walop, W., & Le Petit, C. (1997). *Characteristics of women on hormone replacement therapy.* Health Reports, autumn 9(2). Ottawa: Statistics Canada.

38. Hanvey, L., Avard, D., Graham, I., Underwood, K, Campbell, J., & Kelly, C. (1994). *The Health of Canada's Children: A CICH Profile.* Ottawa: Canadian Institute of Child Health, 20-21.

39. Health Canada (1995). *Horizons Two: Canadian Women's Alcohol and Other Drug Use: Increasing Our Understanding.* D.Hewitt, G. Vinje, & P. MacNeil (Eds.). Ottawa: Health Canada.

40. Orton, M.J. & Rosenblatt, E. (1991). *Adolescent pregnancy in Ontario 1976 - 1986: Extending access to prevention reduces abortions, and births to the unmarried* (Report 3). Hamilton: McMaster University, School of Social Work, 4.

41. Jones, E.F., Forrest, J.D., Goldman, N., Henshaw, S.K., Lincoln, R., Rosoff, J.I. Westoff, C.F. & Wulf, D. (1985). *Teenage pregnancy in developed countries: Determinants and Policy Implications.* Family Planning Perspectives, 17(2): 53-63.

42. Anderson, G. M. & Lomas, J. (1985). *Explaining variations in cesarean section rates: patients, facilities or policies ?* Canadian Medical Association Journal, 132(3): 253-259.

43. Blais, R. (1993). *Variations in surgical rates in Quebec: Does access to teaching hospitals make a difference?* Canadian Medical Association Journal, 148(10):1729-1736.

44. Davies, B.L., Niday, P.A., Nimrod, C.A., Drake, E.R., Sprague, A.E., & Trépanier, M. J. (1993). *Electronic fetal monitoring: A Canadian survey.* Canadian Medical Association Journal, 148(10): 1737-1742.

45. Hall, R.E. & Cohen, M.M. (1994). *Variations in hysterectomy rates in Ontario: Does the indication matter?* Canadian Medical Association Journal, 151(12): 1713- 1719.

46. Institute of Medicine. (1997). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases.* Washington, DC: National Academy Press, 28-68.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Personal Choices* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

1. Personal Choices

Increase opportunities for all individuals to develop and sustain the knowledge, attitudes, capacities, skills and behaviours needed to make healthy choices about sexuality and reproduction.

1.1 Improve supports for healthy early child development, including effective prenatal education and care, parenting education and supports, and opportunities for early childhood education, stimulation and socialization.

1.2 Improve knowledge and skills of parents as sexuality educators to assist their children to make healthy choices.

1.3 Ensure universal access to effective school-based sexuality education that is consistently sustained throughout the school years.

1.4 Develop sexuality education models and programs for youth who are not in school, particularly marginalized and street-involved youth most at risk.

1.5 Develop guidelines and model programs for sexual and reproductive health promotion, including links with health promotion on other issues such as alcohol and drug use, tobacco and violence.

1.6. Improve access to effective, affordable resources for safer sex and contraception (condoms, birth control pills, etc.) particularly for youth and people living in marginalized circumstances.

1.7 Promote awareness of the importance of regular screening, such as pap smears, mammograms and prostate exams, and chlamydia screening in high risk groups.

1.8 Improve the responsiveness to diversity (e.g., to recognize culture, sexual orientation, disability) of sexual health promotion and education programs and resources.

1.9 Provide education and supports to help people make informed decisions about the prevention of birth defects and the use of reproductive and genetic technologies.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Societal Values* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

2. Societal Values

Promote societal values and attitudes about sexuality and reproduction that enable and support healthy choices throughout life.

2.1 Act on Canada's international commitments to promote human rights, sexual and reproductive rights and gender equality.

2.2 Refine and enforce human rights and anti-discrimination legislation and regulation at federal, provincial and local levels to ensure that all Canadians are free of stigmatization and discrimination that harms their sexual and reproductive health.

2.3 Strengthen legislation and regulation to reinforce more appropriate and supportive social attitudes towards sexual violence.

2.4 Promote positive, violence free, balanced images of women's and men's power in the media, including the Internet.

2.5. Reduce sexual discrimination, harassment and violence, for example through public awareness and education initiatives, workplace initiatives, and community participation to identify issues and develop solutions.

2.6 Reduce gender based discrimination, including attitudes about men's and women's roles, jobs, worth and power.

2.7 Promote healthy and realistic societal attitudes about sex and sexuality during the later years of life.

2.8 Improve our understanding of moral and ethical issues, attitudes and values related to the development and use of new reproductive and genetic technologies.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Access to Services* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

3. Access to Services

Ensure equitable access to health services that prevent problems and promote, protect and restore sexual and reproductive health.

3.1 Coordinate an information base at the national level that identifies the services that are available, the results being achieved, and where the gaps lie.

3.2 Improve access to community based sexual health promotion and education for adults throughout life.

3.3 Identify sexual and reproductive health services that are core/essential and cost-effective, and ensure universal access to these services.

3.4 Improve access by consumers and service providers to information about availability and effectiveness of sexual and reproductive health services.

3.5 Improve access to effective programs and services by those who face the greatest service barriers (e.g., sensitivity to culture, gender, disability, sexual orientation; services for marginalized and street-involved youth; provision of child care and transportation for those in need).

3.6 Develop and implement service models for remote and rural communities to reduce barriers to obtaining needed sexual and reproductive health services.

3.7 Maintain a commitment to the five principles of the Canada Health Act to help ensure universal access to medically necessary sexual and reproductive health services.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Physical Environment* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

4. Physical Environment

Reduce risks and conditions in the physical environment that are harmful to sexual and reproductive health.

4.1 Encourage and support the development of better, easier to use methods for giving people control over their sexual and reproductive health, e.g., contraception and protection from sexually transmitted diseases.

4.2 Develop and strengthen policies and programs to protect people from hazardous products and environments that impact sexual and reproductive health, including workplace risks.

4.3 Improve access by consumers, service providers and decision makers to objective, accurate, user friendly information about sexual and reproductive health risks and hazards.

4.4 Ensure effective testing, post-market surveillance and regulation of drugs, devices and procedures that impact sexual and reproductive health, including effective monitoring and regulation of drugs and procedures related to fertility treatment.

4.5 Implement nutritional and other proven interventions to prevent reproductive problems, e.g., dietary folic acid supplementation to reduce the risk of neural tube defects.

4.6 Sustain and improve monitoring and surveillance of possible health hazards that impact sexual and reproductive health.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Families and Communities* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

5. Families and Communities

Strengthen the capacity of families and communities to sustain and promote the sexual and reproductive health of their members.

5.1 Improve and integrate preconception, prenatal, pregnancy and postpartum programs to ensure essential assistance and support for mothers, fathers and babies.

5.2 Develop information and programs that help parents support the healthy sexual development of their children, with particular emphasis on teenage parents and other parents who face greater risks.

5.3 Promote workplace benefits and supports that help parents balance work and family life (e.g., maternity, adoption and parental leave, worksite child care), and ensure these recognize the many different types of family structures in Canada.

5.4 Promote and distribute Health Canada's *Guidelines for Sexual Health Education* to ensure wider use.

5.5 Improve professional education, including standards for teaching of sexual and reproductive health in relevant professional education programs

5.6 Provide information, services and supports to families caring for members with STDs, HIV and other sexual and reproductive health problems.

5.7 Enhance social support networks, self-help and mutual support groups focused on sexual and reproductive health throughout life.

5.8 Include a focus on sexual and reproductive health in Healthy Schools, Healthy Communities, and Healthy Workplace initiatives.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Social and Economic Conditions* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

6. Social and Economic Conditions

Reduce social and economic risk conditions that limit opportunities to achieve sexual and reproductive health.

6.1 Promote and participate in initiatives that reduce poverty and achieve a more equitable distribution of income for all people in Canada (e.g., tax policy, employment and economic development initiatives, income assistance policy).

6.2 Promote the improvement of education and employment opportunities for marginalized groups experiencing the greatest risks to sexual and reproductive health.

6.3 Improve access to protective resources such as condoms and birth control pills, for marginalized groups experiencing the greatest risks to sexual and reproductive health.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Research, Evaluation and Information* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians. Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

7. Research, Evaluation and Information

Stimulate and support research and evaluation on factors and interventions that enhance sexual and reproductive health, and ensure availability of information to assist with planning and implementation of effective policies and programs.

7.1 Establish goals and targets for improvements in sexual and reproductive health status, and monitor and report on progress.

7.2 Improve the knowledge of policy and decision-makers at all levels about the need for and the benefits of sexual and reproductive health services.

7.3 Identify comprehensive indicators of sexual and reproductive health, including a stronger focus on males, and new indicators and systems of measurement appropriate for a population health approach.

7.4 Implement mechanisms to access the impact on sexual and reproductive health on policies in all sectors.

7.5 Support research to ensure a good knowledge base for development and evaluation of sexuality education programs in schools and other community settings.

7.6 Support research and evaluation to improve the knowledge base for health services development, planning and implementation; standardized health services data collection; and access by program planners and decision makers to the information.

7.7 Implement mechanisms to assess, on an ongoing basis, community-specific needs and involve consumers in the design and evaluation of sexual and reproductive health clinical services, health education, counseling and support services.

Initiatives Suggested During Consultations to Support a Framework for Sexual and Reproductive Health

This table represents a consolidation of the many initiatives suggested during the consultation process and that best correspond to the *Research, Evaluation and Information* strategic direction (note: some initiatives may address more than one strategic direction). These initiatives should be viewed only as the basis for next steps, as they require further discussion and prioritization by Canadians Subsequent implementation could only be realized through the collaborative efforts of many partners.

7. Research, Evaluation and Information (con't)

Stimulate and support research and evaluation on factors and interventions that enhance sexual and reproductive health, and ensure availability of information to assist with planning and implementation of effective policies and programs.

7.8 Stimulate and support interdisciplinary research on the determinants of sexual and reproductive health, including an emphasis on longitudinal studies.

7.9 Improve access by researchers, program developers, service providers and consumers to information about effective program and service approaches, best practice models, and innovative programs and pilot projects.

7.10 Evaluate the cost-effectiveness of sexual and reproductive health services.

7.11 Promote sexual and reproductive health research throughout life as a priority area to social and health research organizations and research funders.

Priority Areas Identified During Discussions on a Framework for Sexual and Reproductive Health

Healthy Development for Children and Youth

It has been made clear that initiatives and supports that focus on healthy development for children and youth should be at the forefront. The foundation for lifelong sexual and reproductive health is laid during this period, so investments in children and youth will yield significant returns both in the short and longer term. Key initiatives suggested for action include parenting supports, effective sexuality education in schools and alternative settings, building healthy relationships, and targeted approaches for groups facing the greatest risks such as families living in poverty and marginalized and street involved youth. An excellent opportunity for significant progress in this area exists through linkages with healthy child development initiatives being developed by federal, provincial and territorial governments in the health and social sectors.

Improved Access to Information

Another priority that emerged is improved access to information and advice about innovative approaches, effective programs, and best practice models – for planners, program developers and service deliverers. Information to assist consumers make informed choices about personal practices and use of services, with an emphasis on ensuring information is accessible to groups that face particular barriers and risks, was also stressed.

Measure, Track and Report

Strengthening our capacity to measure, track and report on key indicators of sexual and reproductive health, including a stronger focus on positive indicators and more attention to indicators of men's sexual and reproductive health, was also suggested as a priority for initial action. This capacity is essential as the basis for future priority setting, planning and evaluation of success.

Prevention of Infertility

Prevention of infertility and maintaining reproductive capacity also emerged as a specific issue requiring attention. It is a priority for Health Canada both because of the need to respond to the recommendations of the Royal Commission on New Reproductive Technologies, and because it provides a concrete and manageable opportunity to illustrate how a comprehensive and coordinated action plan could be built on the foundation of the Report.

A concerted focus on these key priorities would be an excellent starting point for collaborative action, although additional priorities may also be identified as we move forward. These priority areas address a range of important issues and populations, build on existing opportunities, and offer the potential for significant improvements in sexual and reproductive health.

Santé Canada Health Canada

Un compte-rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux:

Publications
Santé Canada
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél: (613) 954-5995

Téléc: (613) 941-5366

Cette publication peut être fournie à la demande sur disquette, en gros caractères, sur cassette audio et en braille.

Also available in English under the title:
A Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health

Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par
le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
N° Cat. H39-434/1998F
ISBN 0-662-828-38-0

Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Santé Canada
1999

Table des matières

Remerciements i

Sommaire ii

Introduction 1

L'importance de la santé sexuelle et génésique 2

Pourquoi a-t-on besoin d'un cadre de référence? 3

Quels sont les enjeux et les défis? 4

Les coûts 6
Les défis 7

Le contexte de l'intervention 8

Les déterminants de la santé sexuelle et génésique 10

a) L'environnement social et économique 12
b) L'environnement physique 14
c) Les ressources personnelles, les capacités d'adaptation et les habitudes de vie 15
d) Les services de santé 17

Les principes 17

Les grands axes d'intervention 21

Étapes suivantes 22

Annexe - La santé sexuelle et génésique : à chaque étape de la vie 23

Références 27

Pièces jointes

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique 32

Priorités dégagées à l'issue des discussions portant sur un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique 40

Remerciements

Santé Canada exprime sa profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration du *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique.* Les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux ont apporté leur concours en organisant les réunions de consultation dans leur province ou leur territoire, en examinant les versions préliminaires des documents et en faisant part de leurs commentaires à plusieurs stades du processus de consultation. Les représentants des principales organisations non gouvernementales ont également apporté leur contribution au débat en participant aux réunions ou en formulant des commentaires écrits. Le personnel de différentes sections de Santé Canada a prodigué des conseils à chaque étape du processus et celui de certains autres ministères fédéraux a fait des suggestions afin de conférer au projet une dimension intersectorielle. L'élaboration de ce Compte rendu aurait été impossible si ces nombreux collaborateurs n'y avaient pas consacré tant d'efforts et de temps.

Sommaire

Le présent document présente un compte rendu des consultations menées sur le sujet d'un cadre d'intervention globale visant à maintenir, à protéger et à améliorer la santé sexuelle et génésique de tous les Canadiens et les Canadiennes. Il est destiné à servir de base stratégique générale à partir de laquelle les partenaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement, pourront élaborer des initiatives définies selon leurs propres priorités.

Santé Canada mena les consultations avec la participation d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des principales organisations nationales non gouvernementales. Les consultations répondaient à un besoin exprimé par les partenaires dans tous les secteurs et faisaient suite à la demande de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, qui préconise une approche cohérente et concertée pour la promotion de la santé sexuelle et génésique. Ce Compte rendu *ne représente pas* la politique officielle de Santé Canada en matière de santé sexuelle et génésique, mais indique les orientations devant guider l'élaboration de politiques et d'interventions ciblées par l'ensemble des partenaires impliqués et que le processus de consultation a permis de dégager.

Une sexualité saine est une réalité positive et dynamique dans la vie de tout être humain. Elle englobe la connaissance de soi, les possibilités d'épanouissement et d'expérimentation de la sexualité, la capacité d'avoir des relations intimes et des relations interpersonnelles harmonieuses, ou encore la capacité d'assumer différentes expressions de la sexualité comme l'amour, la joie, l'affection, la sensualité ou le célibat. La capacité de se reproduire est un autre volet fondamental de la vie humaine, même si tout le monde ne souhaite pas avoir des enfants et si certains ne peuvent le faire.

La santé sexuelle et génésique est importante durant toute la vie. Un bon départ dans la vie permet d'acquérir une image de soi positive et d'établir des relations harmonieuses. À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les décisions en matière d'activité sexuelle et de reproduction prennent une importance décisive. Les individus font des choix plus éclairés s'ils peuvent s'appuyer sur une solide base de ressources personnelles édifiée dès leur plus tendre enfance, et s'il existe des moyens d'information, d'éducation et de soutien en matière de santé.

À l'âge mûr et au troisième âge, les ressources personnelles, les valeurs et les soutiens que se forgent les individus tout au long de leur vie influent sur leur santé et leur qualité de vie en même temps qu'évoluent leur vision d'eux-mêmes, leurs relations et leur sexualité.

Des valeurs sociétales et des attitudes positives envers la sexualité et la reproduction, les réseaux et les soutiens familiaux et communautaires, les possibilités d'ordre éducatif et financier, la qualité de l'environnement physique et l'accès à des services efficaces sont autant de facteurs qui posent les bases de notre santé sexuelle et génésique tout au long de notre vie. En investissant dans des politiques, des programmes et des initiatives propres à avoir des répercussions favorables sur ces conditions, on s'assure de formidables retombées à brève comme à longue échéance.

Le Canada affiche un niveau anormalement élevé de problèmes de santé sexuelle et génésique. La prévention de ces problèmes et la mise en oeuvre de mesures efficaces pour les soins et le soutien des personnes touchées doivent constituer une priorité. Qu'il suffise de mentionner les taux de grossesses chez les adolescentes plus élevés que dans bon nombre d'autres pays industrialisés, les taux trop élevés de cas d'insuffisance pondérale à la naissance, le grand nombre de jeunes atteints de maladies transmises sexuellement (MTS), y compris le VIH et le sida, les problèmes d'infertilité dont souffrent quelque 7 % des couples, bien souvent par suite d'une MTS non traitée, ainsi que le taux honteusement élevé d'abus sexuels et de violence familiale.

Ces problèmes entraînent des coûts élevés pour chaque Canadien et Canadienne, et pour l'ensemble de la société. Ainsi, on dépense chaque année au Canada environ 30 millions de dollars pour les interventions de fécondation *in vitro*, dans l'espoir de surmonter les problèmes d'infertilité [14]. Selon une récente étude canadienne, les coûts reliés à la santé provenant de la violence à l'endroit des femmes et des enfants, y compris les agressions sexuelles, s'élèvent à 1 539 650 387 $ [16]. Le fardeau économique associé à l'épidémie du VIH/sida s'élève présentement à 36 milliards de dollars [18].

On sait qu'une intervention positive est possible en matière de promotion de la santé sexuelle et génésique et de la prévention des types de problèmes mentionnés ci-dessus. De fait, au Canada, tous les niveaux de gouvernement et les organisations privées offrent des programmes et des services. Toutefois, on s'accorde pour estimer que les résultats obtenus en regard des efforts consentis pourraient être optimisés et qu'il subsiste des lacunes considérables. À la lumière de ce constat, ce Compte rendu propose un point de départ pour développer les prochaines étapes, appuyé par des partenaires tant gouvernementaux que non gouvernementaux, et basé sur des données probantes sur les facteurs qui déterminent la santé sexuelle et génésique et sur des connaissances en matière d'interventions efficaces.

Vue d'ensemble des principes et des axes d'intervention

Le tableau qui accompagne le présent sommaire présente les principaux éléments proposés pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique; un commentaire accompagne la présentation de chacun des principes et on présente les axes d'intervention élaborés pour la mise en oeuvre des grands principes. Les stratégies ont une portée très générale et fourniront une base globale mais souple pour l'élaboration, par les différents partenaires, d'interventions plus concrètes.

Étapes suivantes

Le *Compte rendu des discussions menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* définit un programme ambitieux à long terme qui demandera le concours de partenaires issus de nombreux secteurs tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement. De toute évidence, aucun partenaire ne pourra s'acquitter seul de la tâche. Toutefois, un engagement soutenu et l'action concertée permettront de réaliser des percées importantes. Ce Compte rendu se présente comme un précieux outil de planification et d'élaboration de politiques à l'intention des décideurs et des concepteurs de programmes.

Les partenaires ont conclu qu'il faudra ensuite élaborer des initiatives mieux ciblées et plus conc rètes s'appuyant sur les stratégies et les grands axes définis dans le Compte rendu. On veillera à ce que ces initiatives guident les partenaires lorsqu'ils déterminent et s'attaquent aux priorités les plus im portantes et les plus pressantes, tout en faisant en sorte que toute mesure prise aujourd'hui pose des bases saines pour l'avenir. Les partenaires ont convenu de la nécessité d'unir leurs efforts afin de définir les priorités et d'élaborer des initiatives concertées selon celles-ci.

Objet

Assurer, protéger et promouvoir la santé sexuelle et génésique de tous les Canadiens et les Canadiennes

Principes

1. Tous les individus sont des êtres sexués tout au long de leur vie.
2. La responsabilité et l'autonomie individuelles devraient guider tous les aspects du processus décisionnel.
3. C'est en misant sur la promotion de la santé sexuelle et génésique et sur la prévention des problèmes que l'on optimisera les résultats.
4. Les interventions en matière de santé doivent être sûres, efficaces et justifiées et les individus doivent être pleinement informés avant de prendre une décision concernant une intervention.
5. Il convient d'opter pour l'intervention la plus simple et qui présente le moins d'intrusion, dans la mesure où elle est appropriée et efficace, pour les soins de santé.
6. L'accès aux programmes et aux services en matière de santé sexuelle et génésique doit être équitable, tenir compte de la diversité et ne pas être restreint en raison d'une discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la race, l'origine ethnique, l'état civil, l'orientation sexuelle, la religion, la culture, la langue, le statut socio-économique, une déficience ou la situation géographique.
7. Les individus doivent être protégés des maladies et des environnements dangereux qui peuvent nuire à leur santé sexuelle et génésique.
8. Les familles et les collectivités doivent constituer un milieu physique et psychosocial favorable au maintien de la bonne santé sexuelle et génésique de tous leurs membres.

Grands axes d'intervention

1. *Choix personnels.* Offrir à tous les individus la possibilité d'acquérir et de conserver les connaissances, les attitudes, les capacités, les compétences et les comportements nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de sexualité et de reproduction.
2. *Valeurs sociétales.* Promouvoir des valeurs et des attitudes sociétales en matière de sexualité et de reproduction qui permettent et soutiennent la prise de décisions personnelles favorables à la santé tout au long de la vie des individus.
3. *Accès aux services.* Faciliter l'accès équitable à des services de santé efficaces qui permettent de prévenir des problèmes et de promouvoir, de protéger et de rétablir la santé sexuelle et génésique.
4. *Environnement physique.* Réduire les facteurs de risque et les dangers dans l'environnement physique pour la santé sexuelle et génésique.
5. *Familles et communautés.* Renforcer la capacité des familles et des communautés de maintenir et d'améliorer la santé sexuelle et génésique de leurs membres.
6. *Conditions sociales et économiques.* Atténuer les conditions sociales et économiques défavorables, en particulier la pauvreté et la discrimination, qui limitent les possibilités d'améliorer la santé sexuelle et génésique.
7. *Recherche, évaluation et information.* Stimuler et soutenir les recherches et les évaluations portant sur les facteurs et les interventions de nature à améliorer la santé sexuelle et génésique tout au long de la vie, et veiller à la disponibilité de l'information susceptible de faciliter la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces.

Initiatives proposées

Introduction

Le présent document présente un Compte rendu de discussions menées à l'échelle nationale et portant sur un cadre global pour la prise de mesures visant à assurer, protéger et promouvoir la santé sexuelle et génésique de tous les Canadiens et les Canadiennes. On y trouvera un ensemble de principes destinés à guider l'intervention, sept grands axes concernant les principaux déterminants de la santé sexuelle et génésique, ainsi que des initiatives proposées servant à mettre en oeuvre chacun de ces axes d'intervention. Le présent rapport est proposé dans le but de stimuler et de guider la prise de mesures concertées par les partenaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement. Il est destiné à fournir une large assise stratégique à partir de laquelle pourront être élaborées des initiatives plus spécifiques.

L'élaboration du Compte rendu a été amorcée à la suite de la publication de *Un virage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction,* dans lequel était préconisée une approche nationale concertée pour la promotion de la santé sexuelle et génésique[1]. Tout en mettant l'accent sur la prévention de la stérilité, la Commission royale insistait sur l'importance d'intégrer ce volet à la perspective plus large des politiques, des programmes et des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* concrétise cette recommandation en prenant en considération toute la gamme des facteurs interreliés qui influent sur la santé sexuelle et génésique à chaque étape de la vie.

La sexualité et la capacité de procréer sont vues comme des aspects fondamentaux de la vie humaine.

Le Compte rendu a été élaboré à la demande de Santé Canada, après consultation d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des principales organisations nationales non gouvernementales. Il s'appuie sur les recommandations formulées précisément en matière de prévention et d'éducation par la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, ainsi que sur les orientations et les recommandations formulées dans les principales initiatives nationales, notamment les suivantes : les rapports des groupes de travail fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé des femmes et sur la santé génésique des adolescents et adolescentes; les *Lignes directrices nationales sur l'éducation en matière de santé sexuelle;* les recommandations du Comité consultatif interdisciplinaire sur les maladies transmises sexuellement chez les enfants et les jeunes; la Stratégie nationale sur le sida; et le *Plan fédéral pour l'égalité des sexes.*

L'importance de la santé sexuelle et génésique

Le *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* a comme point de départ une conception holistique de la santé sexuelle et génésique. La sexualité et la capacité de procréer sont vues comme des aspects fondamentaux de la vie humaine. La santé sexuelle et génésique est aussi importante pour la qualité de la vie que d'autres aspects clés de la santé comme le sommeil, l'alimentation et l'activité physique et ce, quels que soient notre âge, notre sexe, notre culture, nos capacités, notre orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques qui constituent notre identité.

Une sexualité saine est une réalité positive et dynamique dans la vie de tout être humain. Elle englobe la connaissance de soi, les possibilités d'épanouissement et d'expérimentation de la sexualité, la faculté d'avoir des relations intimes et des relations interpersonnelles harmonieuses, ou encore la capacité d'assumer différentes expressions de la sexualité comme l'amour, la joie, l'affection, la sensualité ou le célibat. Notre attitude envers la sexualité, notre capacité de comprendre et d'accepter notre propre sexualité, de même que notre propension à faire des choix éclairés et à respecter ceux des autres sont autant d'aspects essentiels qui façonnent tant notre personnalité que la manière dont nous interagissons avec notre milieu.

La capacité de se reproduire est un autre volet fondamental de la vie humaine, même si tout le monde ne souhaite pas avoir des enfants et si certains ne peuvent le faire. Notre capacité biologique de procréer, tout comme nos attentes et nos valeurs face à la reproduction, façonnent l'image que nous avons de nous-mêmes ainsi que nos décisions et nos choix en ce qui concerne tant notre sexualité que d'autres questions de la vie telles que l'éducation et le travail, ainsi que nos relations avec nos partenaires, notre famille et la communauté.

Compte tenu de son rôle essentiel tout au long de l'existence, il doit exister à chaque stade de la vie des moyens de développement et de soutien de la santé sexuelle et génésique. C'est durant la petite enfance qu'en sont posées les bases biologiques, sociales et affectives. Un bon départ dans la vie permet de développer une image de soi positive, de faire des choix judicieux du point de vue de la santé, d'établir des relations harmonieuses et de faire face aux défis de l'existence. Ces caractéristiques sont à la base de la santé sexuelle et génésique tout au long de la vie.

À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les décisions en matière d'activité sexuelle et de reproduction prennent une importance décisive. Les individus font des choix plus éclairés s'ils peuvent s'appuyer sur une solide base de ressources personnelles édifiée dès leur plus tendre enfance et s'il existe des moyens d'information, d'éducation et de soutien en matière de santé. Pour ceux qui souhaitent avoir des enfants, il est important qu'ils soient bien préparés à leur rôle parental, notamment sur le plan des choix en matière de santé avant la conception et avant la naissance, des compétences à acquérir pour bien s'acquitter de cette tâche et pour entretenir un climat familial harmonieux.

Un bon départ dans la vie permet de développer une image de soi positive, de faire des choix judicieux d point de vue de la santé, d'établir des relations harmonieuses et de faire face aux défis de l'existence... base de la santé sexuelle et génésique tout au long de la vie.

À l'âge mûr et au troisième âge, la sexualité et la capacité de se reproduire demeurent des aspects essentiels de la vie. Les ressources personnelles, les valeurs et les soutiens que se forgent les individus tout au long de leur vie influent sur leur santé et leur qualité de vie en même temps qu'évoluent leur vision d'eux-mêmes, leurs relations et leur sexualité, pendant que le processus naturel du vieillissement modifie leurs caractéristiques biologiques, y compris leur appareil reproducteur.

En raison du rôle crucial et vital de la santé sexuelle et génésique pour les individus, les familles et la société dans son ensemble, il faut veiller à ce que soient en place les conditions requises pour sa promotion, sa protection et son maintien. Les valeurs sociétales et les attitudes saines envers la sexualité et la reproduction, les outils de soutien et les réseaux familiaux et communautaires, le contexte éducatif et économique, la qualité du milieu physique et l'accessibilité à des services efficaces sont autant d'aspects qui contribuent à la santé sexuelle et génésique. En investissant dans des politiques, des programmes et des initiatives propres à avoir des répercussions favorables sur ces conditions, on s'assure de formidables retombées, à brève comme à longue échéance.

En investissant dans des politiques, des programme et des initiatives propres à avoir des répercussions favorables sur ces conditions, on s'assure de formidables retombées, à brève comme à longue échéance.

Pourquoi a-t-on besoin d'un cadre de référence?

La santé sexuelle et la santé génésique sont sans contredit des volets essentiels du bien-être de tous les Canadiens et les Canadiennes. Pourtant, à la lumière des enjeux et des défis exposés plus loin dans le présent document, il reste encore beaucoup à faire pour que cet objectif devienne réalité. Le succès des interventions dans un domaine aussi complexe et à multiples facettes que la santé sexuelle et génésique passe par un cadre cohérent d'intervention auquel souscrivent les principaux intervenants. La recherche et l'expérience nous ont montré qu'un tel cadre doit proposer des stratégies globales et intégrées d'interventions concertées pour les fins, d'une part, de la promotion et du

maintien des conditions que l'on sait être propices à un développement sain et, d'autre part, de la prévention et de l'atténuation des risques et des problèmes. Le *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* s'appuie sur cette conception.

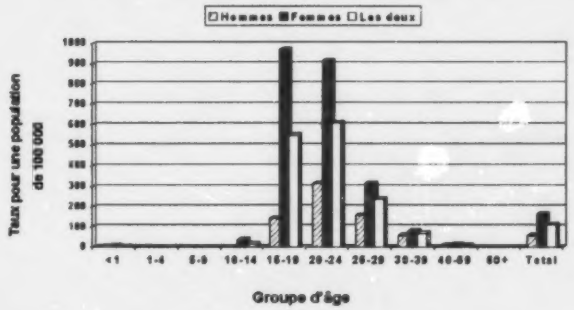
En mettant l'accent sur le plan tant de la réflexion que de l'action, sur les conditions fondamentales nécessaires à la santé sexuelle et génésique, ainsi que sur les risques et les problèmes extrêmement graves auxquels sont exposées de nombreuses personnes au Canada, le Compte rendu aidera les organismes tant gouvernementaux que non gouvernementaux à planifier des initiatives. Durant l'élaboration du Compte rendu, les partenaires tant gouvernementaux que non gouvernementaux ont donné des preuves tangibles de leur appui et de leur volonté de participer.

Quels sont les enjeux et les défis?

Dans un pays comme le Canada, dont la population dans l'ensemble jouit de l'un des meilleurs états de santé au monde, on relève cependant un niveau honteusement élevé de problèmes de santé sexuelle et génésique. La prévention de ces problèmes et la mise en oeuvre de mesures efficaces pour les soins et le soutien des personnes touchées doivent constituer une priorité. Voici quelques exemples des problèmes à régler :

Les maladies transmises sexuellement (MTS). Plus de 33 000 cas d'infection à *Chlamydia* et 4 000 cas de gonorrhée ont été déclarés au Canada en 1997. Le taux déclaré d'infection à *Chlamydia* chez les adolescentes est neuf fois plus élevé que le taux national[2]. On estime que les maladies transmises sexuellement non traitées sont à l'origine de 20 % de tous les cas d'infertilité[3].

Taux de chlamydiose génitale signalé au Canada, par groupe d'âge et selon le sexe, 1997



Préparé par la Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada

Le VIH/sida. Du début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 1998, on a recensé au Canada 16 236 cas de sida, et 11 534 décès attribuables au sida. Entre 1985 et 1994, les contacts hétérosexuels étaient en cause dans 6,2% des résultats positifs du dépistage du VIH chez des adultes, comparativement à 16.0% en 1998 [4].

Insuffisance pondérale à la naissance. Entre 1985 et 1995, le taux de naissances vivantes pour les nouveau-nés de moins de 500 grammes est passé de 4.3 à 8.8 par 10 000. Le taux de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance est plus élevé chez les mères les plus jeunes et les plus âgées, comparativement à celles âgées de 25 à 34 ans[5] . Dans les centres urbains canadiens, l'incidence de nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance et le taux de mortalité infantile sont relativement élevés dans les voisinages à faible revenu [6].

La grossesse chez les adolescentes. Au Canada, les taux de grossesse chez les adolescentes sont beaucoup plus élevés que dans bon nombre d'autres pays industrialisés[7]. Ces taux varient considérablement d'une région à l'autre du pays[8]. En 1994, le taux de grossesse chez les adolescentes était de 48,8 par 1 000 grossesses, ce qui représente une baisse par rapport à 53,7 par 1 000 grossesses en 1974. Pour la période de 1974 à 1993, le taux de grossesse chez les adolescentes a chuté pour atteindre son plus bas niveau en 1987, soit 41,1 par 1 000 grossesses. Depuis, il ne cesse d'augmenter [9].

Les conséquences sociales et économiques de la grossesse chez les adolescentes sont aussi importantes que les implications sur la santé. Plusieurs études suggèrent qu'une grossesse non planifiée durant l'adolescence a un impact sur le niveau d'instruction et sur les perspectives d'emploi de l'adolescente. Cette dernière risque d'appartenir au groupe socio-économiques à faible revenu [10].

Ceux qui ont moins de pouvoir, qui vivent dans des conditions économiques difficiles, qui ont moins facilement accès à l'information et aux services ou qui sont marginalisés sont les plus vulnérables.

Grossesse chez les adolescentes

- Au Canada, les taux de grossesse chez les adolescentes sont plus élevés que dans bon nombre d'autres pays développés.
- La grossesse chez les adolescentes est presque cinq fois plus fréquente parmi la population à faible revenu que chez les plus fortunés.
- Les parents adolescents ont souvent un revenu inférieur et plus de problèmes sociaux durant leur vie.
- Pour chaque dollar affecté à la prévention de la grossesse chez les adolescentes, 10 dollars pourraient être épargnés au seul titre de la réduction des coûts liés aux services d'avortement et de soutien du revenu.

L'infertilité. Aujourd'hui, quelque 250 000 couples en âge de se reproduire (7%) sont touchés par l'infertilité[11]. Le recours aux techniques de reproduction, comme la fécondation *in vitro* et l'insémination par donneur, résulte directement de l'infertilité.

La violence sexuelle. Quatre femmes sur dix (39 %) déclarent avoir été victimes de violence sexuelle au moins une fois depuis l'âge de 16 ans. Parmi ces dernières, près de 60% ont été agressées plus d'une fois[12]. L'étude canadienne la plus importante portant sur les enfants victimes de violence sexuelle rapporte que parmi les Canadiens d'âge adulte 53% des femmes et 31% des hommes ont été abusés sexuellement pendant leur enfance[13]. Il a été démontré que la violence physique, sexuelle et psychologique mène à l'angoisse, à la dépression, aux tentatives de suicide et au suicide, et qu'elle est à l'origine d'un large éventail de problèmes de santé physique.

Si tous les Canadiens et les Canadiennes sont en principe exposés aux mêmes risques, certains groupes font face à des difficultés particulières qui réduisent leurs chances d'être en bonne santé sexuelle et génésique. Ceux qui ont moins de pouvoir, qui vivent dans des conditions économiques difficiles, qui ont moins facilement accès à l'information et aux services et ceux qui sont marginalisés sont les plus vulnérables. L'élaboration de stratégies et de plans d'action concrets visant à répondre aux besoins de ces groupes doit devenir une priorité. Il convient également de se pencher sur les besoins particuliers des personnes souffrant d'un handicap, des Autochtones, des minorités ethniques et des personnes ayant une orientation sexuelle différente.

Les coûts

Chaque individu, ainsi que la société canadienne dans son ensemble, paient un lourd tribut à cause de ces problèmes. Pour l'individu, il faut considérer les coûts affectifs liés à la perte, à la douleur et à la déception; les coûts économiques liés à la perte de revenus et de prestations; ainsi que les coûts liés à l'achat des médicaments et des autres traitements non assurés. Quant à la société, elle doit faire face aux coûts directs des services de santé pour les affections qui pourraient avoir été prévenues, aux coûts des prestations versées à ceux qui auraient pu conserver leur santé et leur autonomie, aux congés de maladie qui auraient pu être évités et à la perte de productivité chez les personnes ayant des problèmes d'ordre affectif ou physique. Si les soins aux personnes touchées et leur soutien restent essentiels, la prévention de tels problèmes est de toute évidence préférable et rentable. Voici quelques exemples qui témoignent avec éloquence de ce constat essentiel :

- Chaque année, on dépense au Canada environ 30 millions de dollars pour payer un seul type d'intervention, la fécondation *in vitro*, dans l'espoir de surmonter le problème de l'infertilité[14].

- Pour chaque dollar injecté dans la prévention de la grossesse chez les adolescentes, on pourrait épargner 10 dollars sur le coût des services d'avortement et sur celui, à court et à plus long terme, qui est rattaché au maintien du revenu des mères adolescentes monoparentales[15].

... pour chaque dollar injecté dans la prévention de la grossesse chez les adolescentes, on pourrait épargner 10 dollars sur le coût des services d'avortement et sur celui, à court et à plus long terme, qui est rattaché au maintien du revenu.

- Selon une récente étude canadienne, les coûts annuels reliés à la santé des femmes victimes de violence, y compris la violence sexuelle, s'élèvent à 1,539 650 387 $ [16].

- La durée moyenne de l'hospitalisation pour un nouveau-né prématuré souffrant de complications médicales est d'environ 45 jours. Le coût des soins hospitaliers pour ces nouveau-nés se situe entre 650 et 700 $ par jour[17].

- Le fardeau économique relié à l'épidémie du VIH/sida s'élève présentement à 36,3 milliards de dollars (6,4 millards en coûts directs et 29,9 milliards en coûts indirects)[18].

- Selon les estimations, pour chaque dollar consacré à la détection et au traitement précoces de la chlamydiose et de la gonorrhée, on pourrait épargner 12 dollars sur les coûts connexes[46].

Les défis

On sait beaucoup de choses sur la promotion de la santé sexuelle et génésique et sur la prévention des problèmes mentionnés précédemment. De fait, nombreux sont les programmes, les initiatives et les services offerts par tous les niveaux de gouvernement et par les organisations privées du Canada. Toutefois, on estime que les résultats obtenus en regard des efforts consentis pourraient être optimisés et qu'il subsiste des lacunes considérables.

Même si on est de plus en plus conscient de l'importance de déployer des efforts globaux qui visent l'ensemble des déterminants de la santé sexuelle et génésique, cette constatation ne trouve pas encore écho dans certains de nos programmes, de nos politiques et de nos services

Le plus grand défi que présente la prise de mesures efficaces en vue de maintenir et d'améliorer la santé sexuelle et génésique de la population est peut-être la vive réaction émotive suscitée par ce sujet. Bon nombre de personnes se sentent mal à l'aise et embarrassées lorsqu'elles abordent des questions aussi délicates et intimes que celles de la sexualité et de l'orientation sexuelle. De même, la reproduction reste un sujet secret et tabou. Par conséquent, il s'avère souvent difficile, lorsqu'on élabore des initiatives et des politiques publiques, de réconcilier les différentes positions et sensibilités.

Un autre problème non négligeable est le fait que les services et les programmes existants sont en général isolés et fragmentés. Même si on est de plus en plus conscient de l'importance de déployer des efforts globaux, intégrés et multisectoriels, cette constatation ne trouve pas écho dans nos politiques, nos programmes et nos services.

De même, l'accessibilité des services en matière de santé sexuelle et génésique n'est pas la même pour tous ceux qui en ont besoin. Pour certains Canadiens et Canadiennes, l'accès aux principaux services est difficile, voire impossible, en raison de leur situation socio-économique, de leur âge, de leurs capacités, du lieu de leur domicile, ou encore de leur langue, de leur culture ou de leur orientation sexuelle.

Par ailleurs, les services de santé sexuelle et génésique sont particulièrement vulnérables aux compressions budgétaires dans le domaine de la santé à tous les niveaux de gouvernement. Cette situation tient en partie au fait que les décideurs et le public ignorent les conséquences des grossesses chez les adolescentes, de l'insuffisance pondérale à la naissance, des MTS et des autres problèmes connexes sur la société canadienne dans son ensemble et les retombées favorables de l'amélioration de la santé sexuelle et génésique.

Dans le but d'aider à relever ces défis, le *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* offre, comme point de départ, les principaux éléments pour l'intervention concertée à l'échelle nationale, appuyés par des partenaires tant gouvernementaux que non gouvernementaux. Le Compte rendu s'appuie sur des données probantes en ce qui concerne les déterminants de la santé sexuelle et génésique et les interventions efficaces.

Le contexte de l'intervention

La diversité. La population canadienne est de plus en plus diverse. L'engagement soutenu du gouvernement envers l'immigration fait en sorte que notre mosaïque ethnoculturelle continuera encore de s'enrichir et de se diversifier. Par ailleurs, on reconnaît de plus en plus la diversité sexuelle dans notre population, sur le plan tant de l'orientation que des pratiques sexuelles. De même, la diversité découle des variations créées par la géographie, l'âge, la structure familiale, les habiletés, les circonstances et le mode de vie et d'autres facteurs sociaux. Par conséquent, les initiatives reliées à la santé sexuelle et génésique doivent tenir compte d'un large éventail de valeurs, d'attitudes et d'attentes d'ordre personnel, social, culturel, religieux et sexuel.

La composition démographique de la population. La population canadienne vieillit, ce qui signifie que les facteurs influant sur la sexualité à l'âge mûr et les problèmes du système reproducteur qui touchent les personnes âgées vont acquérir une plus grande visibilité. De même, les femmes mettent leurs enfants au monde à un âge plus avancé : un nombre croissant d'entre elles ont leur premier enfant à la fin de la trentaine ou au début de la quarantaine[19]. L'âge a une incidence sur la fertilité des femmes, un problème auquel sont confrontés de nombreux couples.

Dans la population autochtone, la proportion de jeunes est très élevée. Ainsi, 37 % des Autochtones ont moins de 15 ans et 56 % ont moins de 25 ans[20]. Dans ces groupes relativement jeunes, il faut mettre délibérément l'accent sur la sexualité saine et sur la santé génésique durant l'adolescence et le début de l'âge adulte.

Techniques de reproduction et de génétique

- Le recours aux techniques de reproduction résulte directement de l'infertilité, dans la plupart des cas.
- Les maladies transmises sexuellement non traitées, surtout l'infection à chlamydia, sont à l'origine de 20 % des cas d'infertilité. Un couple sur 15 éprouve des problèmes d'infertilité.
- On dépense chaque année au Canada environ 30 millions de dollars pour les seules interventions *in vitro*, dans l'espoir de surmonter les problèmes d'infertilité.

Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique. Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique ont déjà changé le regard que nous posons sur la reproduction humaine, de même que le rôle et la structure des familles. Elles ont introduit une pléiade de nouvelles questions d'ordre médical, social, éthique, juridique et économique. L'une des principales questions sur lesquelles s'est penchée la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction est le recours de plus en plus fréquent aux techniques de reproduction comme la fécondation *in vitro* pour tenter de surmonter les problèmes d'infertilité. Si les causes d'infertilité ne sont pas caractérisées avec certitude, on sait cependant qu'elles incluent les effets des maladies transmises sexuellement non traitées, du tabagisme, de l'âge, de l'exposition à des agents nocifs en milieu de travail et dans l'environnement, ainsi que de l'exposition à d'autres substances toxiques. La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction a formulé des recommandations pour la prévention de l'infertilité dans le cadre d'une approche nationale visant à promouvoir la santé sexuelle et génésique. Le maintien de la capacité reproductive et la prévention de l'infertilité sont des volets importants du *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique.*

L'égalité des sexes. Un autre aspect important du contexte est l'engagement continu du Canada en faveur de l'égalité des sexes. Le Plan fédéral pour l'égalité des sexes témoigne de cet engagement vis-à-vis du programme d'action des Nations Unies issu de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui a eu lieu à Beijing en 1995 et de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994. Ce plan fédéral s'est fixé pour objectif l'amélioration du bien-être physique et psychologique des femmes en s'attaquant

aux principaux facteurs socio-économiques qui influent sur la santé de la femme, ainsi qu'aux problèmes de santé sexuelle et génésique tels que le VIH/sida et le cancer du sein, la surmédicalisation de la reproduction, de l'accouchement et de la ménopause, et les nouvelles techniques de reproduction.

Il importe également de reconnaître l'importance de la sensibilité aux questions reliées au sexe. La santé sexuelle et génésique est sans contredit aussi importante pour l'homme que pour la femme. Pourtant, dans ce domaine, l'accent a été traditionnellement et est encore mis de manière disproportionnée sur la femme. Par exemple, la grossesse chez les adolescentes est souvent considérée comme un problème pour les jeunes filles, et non pas pour les jeunes garçons; c'est essentiellement sur elles que l'on fait peser le fardeau de la prévention de la grossesse, au lieu de souligner les responsabilités et l'importance du comportement sexuel des deux partenaires. De même, on voit trop souvent la sensibilité aux questions reliées au sexe comme le seul intérêt pour les problèmes de la femme. Si l'on veut qu'elles donnent des résultats satisfaisants, les politiques et les initiatives visant à améliorer la santé sexuelle et génésique doivent reconnaître les besoins et les responsabilités des femmes et des hommes, des filles et des garçons tout en assurant l'équité d'accès à des programmes et services efficaces. Le défi est de reconnaître les différences et les similarités entre les hommes et les femmes et de concevoir des schémas d'intervention appropriés.

Si l'on veut qu'elles donnent des résultats satisfaisants, les politiques et les initiatives visant à améliorer la santé sexuelle et génésique doivent reconnaître les besoins et les responsabilités tant des femmes et des jeunes filles que des hommes ou des jeunes garçons.

La restructuration du système des soins de santé. Dans de nombreuses régions, la responsabilité des services des soins de santé est dévolue aux niveaux régional et communautaire. Cela constitue une occasion d'améliorer la coordination et la réceptivité des services en matière de santé sexuelle et génésique au niveau local, mais fait obstacle aux services qui devraient être accessibles à toutes et à tous, sans égard à l'endroit où ils vivent. Ce Compte rendu sera un outil de choix qui aidera les décideurs, les planificateurs et les fournisseurs de services à mettre l'accent sur les besoins fondamentaux et à offrir des services et des interventions efficaces en matière de santé sexuelle et génésique.

Les déterminants de la santé sexuelle et génésique

Les axes et les stratégies suggérés dans ce Compte rendu s'appuient sur des données probantes concernant tout l'éventail de facteurs qui déterminent la santé globale et le bien-être de la population. Les principales catégories de déterminants, telles qu'elles ont été définies dans un document fréquemment cité, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population - Investir dans la santé des Canadiens*[21], sont les suivantes :

a) ***L'environnement social et économique*** qui englobe le revenu, le statut social, la hiérarchie, le soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail.

b) ***L'environnement physique,*** dont les milieux naturels et artificiels.

c) ***Les habitudes de vie, ressources et compétences d'adaptation personnelles,*** y compris les choix qui posent des risques pour la santé ou les intensifient, les attributs psychologiques de la personne, tels que l'estime de soi et le sentiment de maîtrise des événements, sans oublier les caractéristiques biologiques.

d) ***Les services de santé*** qui englobent les services visant à promouvoir, à protéger, à maintenir et à rétablir la santé.

Ces catégories sont toutes interreliées. Par exemple, les ressources personnelles et la faculté d'adaptation sont fortement influencées par l'environnement social, économique et physique à l'intérieur duquel elles se développent et sont mises en pratique. À cela, il faut ajouter d'autres facteurs qui ne sont généralement pas désignés comme des déterminants spécifiques de la santé, mais qui influent sur tous les déterminants de manière complexe. Deux des plus importants sont le sexe et la culture.

Le sexe. Ce terme renvoie à l'ensemble des rôles, traits de personnalité, attitudes, comportements, valeurs, ainsi qu'aux influences et aux pouvoirs relatifs que la société assigne aux deux sexes sur une base différentielle. Bon nombre d'enjeux sociaux ou touchant la santé sont le résultat de rôles et de statuts sociaux fondés sur le sexe. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes tels que le faible revenu, la monoparentalité, le faible niveau d'instruction, et le manque d'estime de soi et de compétence d'adaptation. Par ailleurs, il est amplement démontré que le système des soins de santé fait preuve de discrimination fondée sur le sexe. Autrement dit, tant les femmes que les hommes pourraient recevoir des soins inappropriés à leurs besoins.

La culture. La dominance des valeurs culturelles « majoritaires » peut être une cause de marginalisation, de stigmatisation, de perte ou de dévalorisation d'une langue ou d'une culture et d'inaccessibilité aux services de santé appropriés pour les personnes issues d'autres cultures. Ces effets négatifs peuvent influer sur la manière dont tous ces déterminants agissent sur la santé.

On trouvera ci-dessous des exemples de la manière dont ces facteurs clés influent sur la santé sexuelle et génésique. Ces exemples s'appuient sur les données disponibles. Bon nombre d'entre eux portent sur les femmes et la maternité.

a) L'environnement social et économique

Le revenu, le statut social et la hiérarchie

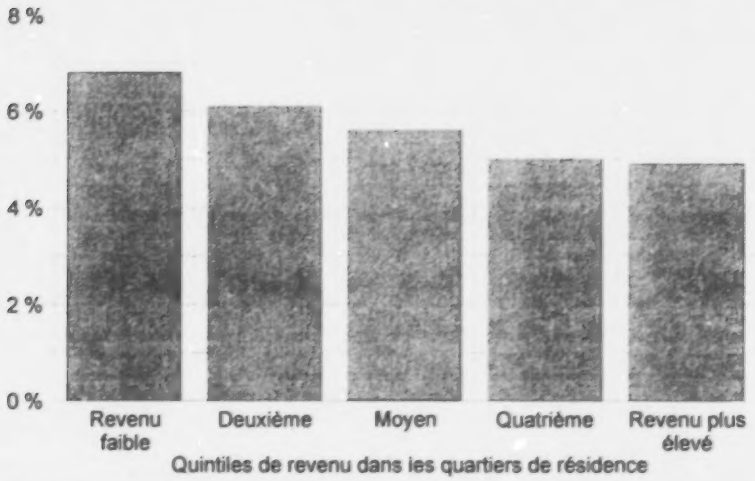
Il est clairement démontré qu'il existe un lien entre le faible revenu ou la situation socio-économique défavorable et un mauvais état de santé en général et que la santé s'améliore à mesure qu'augmente le revenu. On fait le même constat pour la santé sexuelle et génésique.

Les relations sexuelles précoces et les pratiques sexuelles à risque sont plus fréquentes chez les jeunes d'un milieu à faible revenu.

Les relations sexuelles précoces et les pratiques sexuelles à risque sont plus fréquentes chez les jeunes d'un milieu à faible revenu. Par exemple, les adolescents et adolescentes dont les parents ont un niveau d'instruction plus bas sont plus nombreux à être sexuellement actifs et ceux qui vivent dans une famille monoparentale sont plus susceptibles d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels[22-23].

Les jeunes appartenant à des groupes socio-économiques moins favorisés sont exposés à un risque plus élevé de grossesse à l'adolescence. Les adolescentes des quartiers les plus pauvres affichent un taux de natalité presque cinq fois plus élevé que celles des quartiers les plus riches[24]. Le revenu a aussi une incidence sur la santé prénatale. Les femmes qui vivent dans les quartiers à faible revenu donnent naissance à 1,4 fois plus d'enfants présentant une insuffisance pondérale que celles qui habitent des quartiers plus riches, et ces nouveau-nés sont exposés à un risque plus élevé de décès, de maladies et de problèmes de santé tout au long de leur vie[25].

Insuffisance pondérale à la naissance[26] (<2500g)
selon le quintile de revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986



Source: Statistique Canada, 1991

La proportion des individus ayant un faible revenu est plus élevée dans les régions rurales et éloignées où certains services de santé sexuelle et génésique, par exemple les services d'avortement et les cliniques de maladies transmises sexuellement, font souvent défaut. Les femmes à faible revenu ont davantage tendance à ne pas subir, ou à remettre à plus tard, les tests de dépistage comme la mammographie et le test Pap[27,28]. Par ailleurs, les personnes à faible revenu n'ont probablement pas les moyens d'acheter des produits tels que les contraceptifs oraux et les condoms.

Le statut social influe sur la mesure dans laquelle chaque individu maîtrise sa vie, surtout lorsqu'il fait face à des situations stressantes. Au sein de certains groupes, certains possèdent un statut social inférieur aux autres et souffrent de marginalisation sur le plan de la participation aux bénéfices économiques et sociaux de la société. Par exemple, les marginaux peuvent inclure les pauvres, les femmes, les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les jeunes, les Autochtones, les personnes ayant un handicap et les minorités ethnoculturelles. Étant donné leur absence de pouvoir et les inégalités sociales auxquelles elles font face, les personnes de cette catégorie peuvent éprouver encore plus de difficultés à entretenir des relations pleinement satisfaisantes et à faire des choix éclairés concernant leur santé sexuelle et génésique. Le statut social influe également sur l'accès aux soins de santé. En effet, les services sont parfois inaccessibles aux groupes perçus comme étant marginalisés ou comme ayant un statut social inférieur, ou encore ne répondent pas à leurs besoins.

Dans notre société, nombreuses sont les femmes qui détiennent un moins grand pouvoir dans les relations hétérosexuelles; il leur est ainsi plus difficile de remettre à plus tard un rapport sexuel, d'exiger une protection durant un contact sexuel ou de tirer du plaisir de telles relations[29]. Les femmes ont souvent été conditionnées à jouer un rôle soumis ou passif dans leurs relations sexuelles avec les hommes et n'exercent pas toujours un pouvoir suffisant pour exiger des relations sexuelles protégées. Dans une étude, un tiers des femmes autochtones interrogées affirment craindre d'être maltraitées si elles refusent d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire [30].

L'emploi et les conditions de travail

Tant le chômage que le statut inférieur en milieu de travail sont associés à une détérioration de l'état de santé. Un statut inférieur peut conduire au harcèlement sexuel au travail. Les pressions du travail, les conditions de travail défavorables et la crainte du chômage sont des facteurs qui contribuent à un mauvais état de santé générale et qui peuvent conduire à des habitudes de vie dangereuses pour la santé telles le tabagisme et la consommation d'alcool durant la grossesse et à des congés de maternité plus courts. L'exposition à des agents nocifs en milieu de travail peut également nuire à la santé génésique.

Le soutien social

Les valeurs sociétales, les attitudes et les attentes influent sur la perception que nous avons de notre propre sexualité et de notre comportement sexuel, ainsi que sur nos vues et nos choix en matière de reproduction.

L'environnement social que constituent les familles, les groupes de pairs, les communautés et la société en général exerce une influence prépondérante sur la santé sexuelle et génésique. Les valeurs sociétales et culturelles, les attitudes et les attentes de notre entourage influent sur la perception que nous avons de notre propre sexualité et de notre comportement sexuel, ainsi que sur nos vues et nos choix en matière de reproduction. Les images véhiculées par les médias exercent une puissante influence sur les attitudes en ce qui concerne les rôles sexuels, le pouvoir, l'attirance sexuelle et l'idéal physique.

Le soutien social et affectif de la famille, des pairs et de la communauté est associé à une meilleure santé sexuelle et génésique. Par exemple, un meilleur soutien social durant la grossesse, de la part tant des membres de la famille que des soignants, a un effet bénéfique sur le bien-être affectif et le mode de vie de la mère; ce soutien contribue également à la santé du bébé[31]. Le soutien de la communauté et celui des pairs revêtent une importance particulière dans la prévention et le traitement des maladies transmises sexuellement, car ils définissent le contexte des valeurs, des normes, des attentes et des renforcements à l'intérieur duquel sont effectués des choix judicieux en matière de comportement sexuel.

Le niveau d'instruction

Les jeunes qui ont moins d'ambitions sur le plan scolaire se placent dans des situations à risque élevé et ne voient pas de raisons pour justifier l'abstinence ou l'utilisation régulière de moyens contraceptifs.

Plus le niveau d'instruction est élevé, meilleur est l'état de santé, y compris la santé sexuelle et génésique. Un niveau d'instruction élevé chez la femme est associé à des taux inférieurs de grossesses non désirées, de mortalité infantile et d'insuffisance pondérale à la naissance [32,33]. Chez les adultes moins instruits, les rapports sexuels sont en général précoces et l'utilisation de moyens de contraception beaucoup plus rare. En outre, l'éducation influe sur les décisions en matière d'activité sexuelle chez les jeunes. Chez les étudiants et étudiantes qui accordent beaucoup d'importance à l'éducation, le taux d'utilisation de moyens de contraception est plus élevé. Les jeunes qui ont moins d'ambitions sur le plan scolaire se placent dans des situations plus à risque. Ils ne voient pas dans leur avenir beaucoup de raisons pouvant justifier soit l'abstinence, soit l'utilisation régulière de moyens contraceptifs [34].

b) L'environnement physique

L'environnement physique, qui comprend le logement, la qualité de l'air et de l'eau ainsi que la sécurité de nos communautés, influe considérablement sur notre état de santé. Nombreux sont les produits et les substances chimiques que nous utilisons et consommons qui peuvent agir sur notre état de santé générale et, dans certains cas, avoir des répercussions tangibles sur la santé sexuelle et génésique. Les stratégies propres à avoir un effet sur l'environnement physique doivent prendre en considération des systèmes complexes et interdépendants. Les preuves dont on dispose sont suffisantes pour nous inciter à continuer de

faire preuve de vigilance et à tester les produits chimiques nouveaux et existants, en vue de protéger adéquatement la santé génésique de tous les Canadiens et les Canadiennes.

Les médicaments et les dispositifs reliés à la contraception et à la sexualité sont un autre volet de notre environnement physique. Par exemple, 27 % des femmes âgées de 15 à 44 ans prennent des anovulants et 21 % des adultes sexuellement actifs ont recours au condom. Deux pour cent utilisent des dispositifs intra-utérins [35]. L'innocuité et l'efficacité de ces médicaments et de ces dispositifs sont essentielles à la santé génésique.

c) Les ressources personnelles, les capacités d'adaptation et les habitudes de vie

Les ressources, les habitudes de vie et les choix personnels

Les attributs personnels tels que la faculté d'adaptation, l'estime de soi, le sentiment de diriger sa vie et la compétence sont fortement liés à l'état de santé général et exercent une influence considérable sur la santé sexuelle et génésique. L'attitude et l'opinion d'un individu en ce qui concerne sa propre valeur et son sentiment de contrôle de sa vie influent sur les décisions prises en matière d'activité sexuelle et de sexualité. Dans le cadre de leur développement, les jeunes prennent des risques et évaluent leurs limites. Toutefois, s'ils ont une bonne opinion de leur propre valeur et une bonne faculté d'adaptation et de prise de décisions, ils seront davantage en mesure d'évaluer les risques et de réduire la possibilité de préjudice.

Les connaissances, les attitudes, les intentions et les compétences des individus déterminent dans une très large mesure les choix sains en ce qui concerne les rapports sexuels, la sexualité et la reproduction.

Parallèlement, le soutien procuré par l'environnement social est nécessaire pour permettre l'acquisition et le maintien d'habitudes de vie saines. Le recours à la contraception ou à des moyens de protection contre les MTS et le VIH/sida est un exemple éloquent de l'interaction entre les connaissances, les attitudes, les intentions et les compétences d'une personne et son environnement social. Ainsi, le fait qu'un couple ait ou non recours au condom est influencé par de nombreux facteurs : ce qu'ils connaissent de la contraception ou des MTS et du VIH/sida, la facilité d'accès et d'utilisation du condom, le niveau de confort par rapport à leur corps, la perception des conséquences du non-recours à la protection, ce qu'en pensent leurs pairs, le pouvoir que chacun d'eux pense avoir dans le couple, et si l'accent est placé sur le plaisir de l'homme, de la femme ou des deux.

Choix pour une vie sexuelle à risques réduits

- Plus de 60 % des Canadiens et des Canadiennes de moins de 19 ans ont eu des relations sexuelles. La grossesse est le principal danger que les jeunes attribuent à une vie sexuelle active, et non les MTS ou le VIH.
- L'utilisation de condoms dépend de nombreux facteurs, notamment : la facilité d'accès, la perception des conséquences du non-recours au condom, ce qu'en pensent leurs pairs et la perception du pouvoir de chacun dans le couple.
- L'utilisation du condom diminue chez les adolescents plus âgés, c'est-à-dire à l'âge où les jeunes filles commencent généralement à prendre des contraceptifs oraux. Une importante proportion des adolescents et adolescentes actifs sexuellement, plus particulièrement ceux ayant plusieurs partenaires, n'utilisent pas de condom.
- La plupart des jeunes ne connaissent pas ou ne se soucient pas des méfaits à long terme des MTS : maladie inflammatoire pelvienne, infertilité, grossesse ectopique et douleurs pelviennes chroniques.

La biologie

La biologie, qui comprend la manière dont l'organisme fonctionne et se développe, est un déterminant fondamental de la santé ayant des impacts importants sur la santé sexuelle et génésique. La caractéristique biologique la plus évidente est le sexe de l'individu. En raison de leurs différences physiologiques, hommes et femmes connaissent des expériences et des risques différents en matière sexuelle et de reproduction. Ainsi, les femmes sont plus susceptibles de contracter certaines maladies transmises sexuellement en raison de la plus grande vulnérabilité de l'appareil reproducteur féminin[36].

La ménopause peut apporter des changements importants à la vie sexuelle et à la capacité de reproduction de la femme sur les plans biologique, social et affectif. Nombreuses sont celles qui éprouvent un sentiment de liberté et s'adaptent facilement à cette étape de leur vie. Pour d'autres, les conséquences de la perte hormonale peuvent être stressantes. D'autres encore se soucieront des problèmes de santé qui risquent d'augmenter à la ménopause. L'hormonothérapie, pour pallier le déficit hormonal qu'entraîne la ménopause, suscite des inquiétudes chez certaines femmes.

Certaines caractéristiques transmises des parents aux enfants semblent rendre les individus plus vulnérables ou résistants à certaines maladies ou problèmes de santé. Certaines affections périnatales (par exemple, les malformations cardiaques) et les variations génétiques sont à l'origine d'environ un tiers de la mortalité infantile globale au Canada[38].

On a par ailleurs constaté de nombreuses anomalies physiques et comportementales chez les enfants des femmes qui boivent avec excès durant la grossesse. Les plus largement reconnues sont un groupe d'anomalies appelées Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF). Ce syndrome englobe notamment le retard de croissance, l'affaiblissement intellectuel et diverses caractéristiques physiques particulières. On a associé le tabagisme durant la grossesse à l'insuffisance pondérale des nouveau-nés, à une plus courte durée de la grossesse et à une hausse des fausses couches et des enfants mort-nés[39].

d) Les services de santé

L'accès à des services de santé sûrs, efficaces et appropriés en temps opportun a une influence positive sur la santé sexuelle et génésique. À titre d'exemple, en Ontario, un projet a permis de démontrer que l'accès à une clinique publique de planification familiale jumelée à des cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire permettent de réduire le taux de grossesse chez les adolescentes et ce, à une valeur inférieure à celui de l'ensemble de la province[40]. Les taux de grossesse et d'avortement chez les adolescentes sont moins élevés dans les pays où il y a accès aux services d'éducation sexuelle et de contraception[41]. Des recherches menées à de nombreux endroits montrent que l'accès à des services et à des cours prénatals est associé à une amélioration de l'issue de la grossesse, tant pour la mère que pour l'enfant.

Les taux de grossesse et d'avortement chez les adolescentes sont moins élevés dans les pays où il y a accès aux services d'éducation sexuelle et de contraception.

Parallèlement, les interventions médicales inutiles ou inefficaces peuvent être nocives ou du moins constituer un gaspillage de ressources qui auraient pu être utilisées à meilleur escient ailleurs. Par exemple, au Canada, les taux de césarienne, d'hystérectomie et d'utilisation de l'échographie et du moniteur foetal sont très variés, ce qui laisse croire que les lignes directrices et les normes cliniques ne sont pas respectées dans bien des cas ou encore qu'il faudrait de meilleures normes[42,43,44,45].

De même, l'efficacité des services peut être compromise s'ils ne sont pas axés sur le client et sensibles à certaines caractéristiques comme le sexe, la culture et les déficiences.

Les principes

Les huit principes suivants devraient guider toutes nos interventions pour le maintien, la protection et la promotion de la santé sexuelle et génésique de tous les Canadiens et Canadiennes. Ils sont le reflet de valeurs fondamentales de notre société canadienne pluraliste et sont en accord avec ce que nous savons au sujet des déterminants de la santé sexuelle et génésique.

1er principe : **Tous les individus sont des êtres sexués tout au long de leur vie.**

La sexualité devrait être célébrée, tout au long de la vie, comme une réalité dynamique et créative de l'être humain avec les aspects d'ordre mental, spirituel, physique et émotif. Il s'agit d'une expérience à la fois très personnelle et qui façonne bon nombre de nos relations sociales et intimes. S'il faut reconnaître que les expériences sexuelles ne sont pas toujours favorables, nous devrions cependant avoir pour but de promouvoir et de célébrer des relations et des identités sexuelles diversifiées et saines, à l'abri de la coercition, des abus, de la culpabilité et de la honte. Les programmes et les services devraient prendre en considération tous les aspects de la situation des individus ainsi que leur environnement.

Huit principes devraient guider nos actions en vue de maintenir, de protéger et de promouvoir la santé sexuelle et génésique de tous les Canadiens et Canadiennes.

2e principe : **La responsabilité et l'autonomie individuelles devraient guider tous les aspects du processus décisionnel.**

Les individus ont le droit de choisir les relations sexuelles qu'ils souhaitent avoir. Avec ce droit, vient la responsabilité de protéger et de promouvoir sa propre santé sexuelle et, parce que les choix en matière de sexualité ont un impact sur d'autres individus, on doit aussi respecter les choix et protéger le bien-être d'autrui. Les individus ont le droit de faire des choix éclairés concernant leur santé sexuelle et génésique. À ce titre, ils ont la pleine maîtrise de leur corps et le droit de refuser des traitements en cas de maladie.

3e principe : **C'est en misant sur la promotion de la santé sexuelle et génésique et sur la prévention des problèmes que l'on optimisera les résultats.**

Comme c'est le cas pour d'autres questions de santé auxquelles sont confrontés les Canadiens et les Canadiennes, les avantages de la promotion et de la prévention, par rapport aux interventions coûteuses et pénibles à la suite d'un problème de santé, sont évidents. Les problèmes de santé sexuelle et génésique tels que la grossesse non planifiée, les maladies transmises sexuellement, le VIH/sida, la violence et le cancer engendrent des angoisses et des souffrances inutiles et entraînent des coûts considérables sur les plans financier et émotif. Tous les secteurs de la société, c'est-à-dire le secteur privé, les gouvernements, les collectivités, les familles, les individus et les cliniciens doivent travailler ensemble pour créer des conditions propices à une santé optimale. Une approche basée sur la santé de la population et axée sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé permettra de s'assurer que les ressources

seront utilisées dans les secteurs où elles procureront le plus d'avantages pour la population dans son ensemble et pour les sous-populations moins favorisées.

4e principe : **Les interventions en matière de santé doivent être sécuritaires, efficaces et justifiées, et les individus doivent être pleinement informés avant de prendre une décision.**

Tous les segments de la société (individus, familles, collectivités, gouvernements et secteur privé) ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé sexuelle et génésique. Les gouvernements et les prestataires de programmes et services de santé ont la responsabilité de s'assurer que les interventions soient de la plus haute qualité possible. Ils doivent également travailler avec les individus de manière à accroître leurs connaissances (en fournissant des informations pertinentes, à jour et objectives) et leur capacité de prendre des décisions éclairées (habiliter l'individu).

5e principe : **Il convient d'opter pour l'intervention la plus simple qui présente le moins d'intrusion, dans la mesure où elle est appropriée et efficace, pour la prestation de services de soins de santé.**

Les interventions en matière de santé sexuelle et génésique sont parfois inappropriées, par exemple, les naissances par césarienne et les hystérectomies inutiles. Les interventions thérapeutiques, lorsqu'elles sont nécessaires pour rétablir et maintenir la santé, doivent être les plus simples et présenter le moins d'intrusion possible. Toutefois, l'intervention la plus appropriée et la plus efficace peut, dans certains cas, créer une intrusion. Dans tous les cas, la prévention est toujours préférable au traitement.

6e principe : **L'accès aux programmes et aux services en matière de santé sexuelle et génésique doit être équitable, tenir compte de la diversité et ne pas être restreint en raison d'une discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la race, l'origine ethnique, l'état civil, l'orientation sexuelle, la religion, la culture, la langue, le statut socio-économique, une déficience ou la situation géographique.**

Tous les choix en matière de santé sexuelle et génésique sont influencés par les situations et les caractéristiques propres à chaque individu, lesquels ne doivent toutefois pas créer des obstacles à l'accès aux services et aux programmes. Tous les individus jouissent des mêmes droits et des mêmes libertés. Les services et les programmes doivent reconnaître la diversité et s'efforcer de lever les obstacles physiques, comportementaux et psychologiques à

Les services et les programmes doivent reconnaître la diversité et s'efforcer de lever les obstacles physiques, comportementaux et psychologiques.

l'accès. Par conséquent, les services et les programmes de santé sexuelle et génésique doivent être également accessibles et disponibles pour tous les Canadiens et les Canadiennes. La prestation de programmes et de services doit souscrire à la philosophie : « le bon service, le soignant approprié, au bon moment et au bon endroit ». Si le coût est pris en considération, il faut aussi tenir compte des avantages indubitables que procuré la santé optimale grâce à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.

7e principe : **Les individus doivent être protégés des maladies et des environnements dangereux qui peuvent nuire à leur santé sexuelle et génésique.**

Les individus, les organisations et les entreprises doivent prendre une part de la responsabilité de maintenir un environnement sûr et propice à la santé. Les gouvernements peuvent assumer la responsabilité collective de réduire et d'éliminer les facteurs susceptibles de nuire à la santé sexuelle et génésique. Par exemple, il incombe aux niveaux appropriés de gouvernement d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques, des lois et des règlements afin de continuer à régir et à réglementer les médicaments et les dispositifs médicaux, de réduire l'exposition aux agents nocifs en milieu de travail et de prohiber le harcèlement. Les gouvernements doivent travailler en partenariat avec les autres secteurs et les aider dans le but de créer un environnement plus sain et moins dangereux.

8e principe : **Les familles et les collectivités doivent constituer un milieu physique et psychosocial favorable au maintien de la bonne santé sexuelle et génésique de tous leurs membres.**

Les familles et les collectivités constituent le contexte au sein duquel vivent et interagissent les individus. Par « famille », on entend ici l'entité qui offre le soutien le plus immédiat et le plus complet à ses membres, qu'il y ait ou non entre eux un lien biologique. Une collectivité peut être un secteur géographique défini ou encore un groupe uni par la même culture, les mêmes antécédents ou la même expérience. À ce titre, elles sont une source essentielle de soutien pour assurer la santé sexuelle et génésique, soutien qui peut inclure la protection contre le harcèlement, la discrimination et la violence, ainsi que la promotion et le respect de la diversité.

Les grands axes d'intervention

Dans la présente section sont présentés les grands axes d'intervention qui serviront d'appui à la mise en oeuvre des principes énoncés précédemment. Ces sept axes identifient les principaux domaines auxquels il faut consacrer des efforts et où il est possible d'obtenir des retombées favorables. Même s'ils sont présentés séparément, ces sept grands axes sont tous interreliés et certaines stratégies peuvent contribuer simultanément à plus d'un axe. Cette synergie peut être positive et est souhaitable.

On s'attend à ce que ces grands axes d'intervention guident les divers intervenants dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'initiatives qui viendront concrétiser le Compte rendu. Les initiatives proposées lors du processus de consultation des intervenants sont présentés à partir de la page 31 du document.

1. **Choix personnels**. Offrir à tous les individus la possibilité d'acquérir et de conserver les connaissances, les attitudes, les capacités, les compétences et les comportements nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de sexualité et de reproduction.

2. **Valeurs sociétales**. Promouvoir des valeurs et des attitudes sociétales en matière de sexualité et de reproduction qui permettent et soutiennent la prise de décisions personnelles favorables à la santé tout au long de la vie des individus.

3. **Accès aux services**. Faciliter l'accès équitable à des services de santé et à des traitements efficaces qui permettent de prévenir des problèmes et de promouvoir, de protéger et de rétablir la santé sexuelle et génésique.

4. **Environnement physique.** Réduire les facteurs de risque et les dangers, dans l'environnement physique, pour la santé sexuelle et génésique.

5. **Familles et collectivités**. Renforcer la capacité des familles et des collectivités de maintenir et d'améliorer la santé sexuelle et génésique de leurs membres.

6. **Conditions sociales et économiques.** Atténuer les conditions sociales et économiques défavorables, en particulier la pauvreté et la discrimination, qui limitent les possibilités d'améliorer la santé sexuelle et génésique.

7. **Recherche, évaluation et information**. Stimuler et soutenir la recherche et les évaluations portant sur les facteurs et les interventions de nature à améliorer la santé sexuelle et génésique tout au long de la vie, et veiller à la disponibilité des informations susceptibles de faciliter la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces.

Les six premiers axes concernent les principaux déterminants de la santé sexuelle et génésique. Le septième porte sur les principaux outils et mécanismes de soutien nécessaires pour une intervention efficace.

Étapes suivantes

Le *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* propose une base vaste pour l'intervention. Il définit un programme ambitieux à long terme qui demandera l'engagement de partenaires des secteurs tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement.

La prochaine étape consiste à impliquer tous les partenaires afin d'élaborer des initiatives plus ciblées et concrètes s'appuyant sur les principes et les grands axes définis dans le Compte rendu. Ces initiatives devront guider les partenaires lorsqu'ils déterminent et s'attaquent aux priorités les plus importantes et les plus pressantes, tout en faisant en sorte que toute mesure prise aujourd'hui serve d'assise à l'avenir.

On trouvera en annexe au présent document plusieurs listes d'initiatives qui furent proposées lors des discussions qui ont mené à la préparation du Compte rendu. Les initiatives ont été classées selon les axes d'intervention. Il est conseillé aux partenaires d'en prendre connaissance au moment de planifier des activités visant à promouvoir les principes et les grands axes d'intervention définis dans le Compte rendu.

De toute évidence, tout ne pourra pas être entrepris immédiatement et aucun partenaire ne pourra s'acquitter seul de la tâche. Il y aura inévitablement des obstacles à surmonter. Toutefois, un engagement soutenu permettra de réaliser des percées importantes.

Annexe : La santé sexuelle et génésique à chaque étape de la vie

L'enfance

La santé de la femme ***avant la conception*** et la préparation des deux parents à la grossesse contribuent au bien-être optimal du nouveau-né et des parents. Au nombre des principaux facteurs figurent la nutrition, les habitudes de vie telles que le tabagisme, la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments, la biologie, l'exposition à des agents nocifs, les maladies transmises sexuellement (MTS) et le VIH/sida, les autres risques ou problèmes de santé, ainsi que les soutiens économiques et sociaux.

C'est durant la petite enfance que sont posées les bases d'un développement sexuel sain qui a un effet profond tout au long de la vie.

Le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement, y compris l'évaluation précoce et continue de la mère et du foetus, l'éducation et le counseling des parents au sujet des facteurs qui favorisent la santé et préviennent les problèmes durant la grossesse, la préparation à l'accouchement et le soutien économique et psychosocial au besoin, sont autant d'éléments qui contribuent à une grossesse favorable, tant pour l'enfant que pour les parents.

Le développement de l'enfant influe considérablement sur la santé durant l'enfance et tout au long de la vie. Le développement de l'identité et de la capacité d'établir des relations interpersonnelles stables chez l'enfant requiert que les parents dispensent des soins appropriés et qu'ils veillent à l'éducation et à la stimulation sociale dès le jeune âge. La capacité d'apprendre, de penser et de s'adapter au stress, l'estime de soi et la capacité de discernement commencent à se développer dès les premières années de la vie. Le développement sexuel sain à partir de l'enfance englobe l'établissement des rapports d'intimité et de confiance, l'identité sexuelle et l'expérience positive de sensations sensuelles et sexuelles. Tous ces facteurs ont de profondes répercussions sur la santé sexuelle et sur la prise de décisions en matière de sexualité et de reproduction tout au long de la vie.

Les principaux enjeux et risques qui exercent une influence négative sur la santé sexuelle et génésique à ce stade de la vie sont notamment l'absence de soins et de soutien prénatals et post-natals appropriés, les conséquences négatives de l'absence de soins appropriés, d'attention, de stimulation et d'interactions sociales positives, ainsi que l'exposition à des attitudes négatives sur le sexe et la sexualité, et la violence physique, psychologique et sexuelle.

L'adolescence

Le développement personnel et sexuel amorcé dès l'enfance se poursuit tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Les étapes importantes du développement sont : la faculté du raisonnement abstrait, la capacité de communiquer avec une personne intimement proche, l'établissement de liens solides avec les pairs, une identité plus solide et un fondement pour des valeurs, la puberté et une prise de conscience de son corps, l'éveil aux réactions et sensations sexuelles et la prise de décisions face à l'activité sexuelle.

Les influences sociales ont un impact important pour les attributs personnels et le développement sexuel, ainsi que sur la prise de décisions durant les dernières années de l'enfance et l'adolescence. Les attitudes et les valeurs culturelles et sociales concernant le pouvoir et les rôles des sexes jouent un rôle décisif. Les désirs et les besoins des jeunes femmes sont, en général, subordonnés à ceux des jeunes hommes. Par conséquent, celles-ci éprouvent davantage de difficultés à s'affirmer, tout en devant assumer la responsabilité d'éviter la grossesse et de contracter les MTS. Les images véhiculées par les médias créent et renforcent les attitudes et les valeurs face au pouvoir et aux rôles des sexes. Elles exercent une forte influence sur les attributs face à l'attraction sexuelle et les modèles physiques idéals, et créent des attentes sociales en ce qui concerne les choix acceptables en matière de rapports sexuels, de sexualité et de reproduction. Les relations avec les pairs jouent aussi un rôle très important dans le développement des valeurs et des attitudes ainsi que dans les décisions relatives aux rapports sexuels, à la sexualité et à la reproduction.

Durant la pré-adolescence et l'adolescence, les pairs influencent le développement des attitudes à l'égard de la sexualité et de la reproduction.

Durant ce stade de la vie, ***les principaux enjeux et risques*** sont notamment les pratiques sexuelles à risque qui se traduisent par des taux élevés de MTS et de grossesses chez les adolescentes; des taux élevés de violence dans les relations intimes; les images négatives et irréalistes du sexe et de la sexualité véhiculées dans les médias qui contribuent à susciter des attentes utopiques à l'égard des relations interpersonnelles, une piètre image de soi, une mauvaise alimentation et des troubles d'alimentation surtout chez les adolescentes; des attitudes sociales négatives vis-à-vis de l'homosexualité qui contribuent aux troubles d'identité, à l'isolement et au rejet des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels.

L'âge adulte

La sexualité fait partie intégrante de la vie de tous les adultes, hommes et femmes, qu'ils soient ou non sexuellement actifs. La sexualité adulte peut inclure des sentiments sexuels, l'expression de sa sexualité, la prise de décisions par rapport au sexe, un engagement à long terme à l'égard d'un partenaire, la décision d'avoir ou non des enfants et à quel moment, l'attitude face à la grossesse et à l'accouchement, le recours à des moyens contraceptifs et de protection contre les

MTS et le VIH/sida, la ménopause qui constitue un stade de développement et entraîne des changements biologiques et, pour certains, s'adapter à des troubles ou à des maladies qui nuisent à la santé sexuelle et génésique.

Les influences sociales continuent de s'exercer de l'adolescence à l'âge adulte. Le pouvoir et le rôle des sexes influencent toujours les choix en matière de sexualité et de reproduction et les médias conservent leur puissant impact. Ainsi, les stéréotypes au sujet des rôles sexuels entravent la pleine expression de la sexualité et peuvent être opprimants pour les femmes. L'homophobie est un phénomène très répandu. Les images véhiculées par les médias sur les relations sexuelles sont devenues beaucoup plus explicites au cours des dernières années et la télévision, le cinéma et la publicité nous présentent des stéréotypes sur les rôles sexuels et des actes de violence associés à l'expression sexuelle. En même temps, la sexualité est souvent dépeinte comme une chose interdite et honteuse. Ces facteurs peuvent créer des conflits et des attentes malsaines vis-à-vis des relations sexuelles et peuvent contribuer à l'adoption de pratiques sexuelles dangereuses pour la santé, à une dévalorisation de l'image de soi et à des relations dysfonctionnelles.

Les attentes de la société à l'égard des rôles sexuels et du pouvoir influent sur les choix des adultes en ce qui a trait à la sexualité et à la reproduction.

À ce stade de la vie, ***les enjeux et les risques clés*** incluent un taux élevé de grossesses non planifiées (entre le tiers et la moitié des grossesses au Canada sont non planifiées) ou non désirées qui peuvent avoir des conséquences négatives pour l'enfant et les parents. Les autres problèmes sont le taux élevé de MTS et l'augmentation des taux de VIH transmis sexuellement; le pourcentage anormalement élevé des cas d'infertilité imputables aux MTS, à l'exposition à des agents nocifs en milieu de travail et dans l'environnement, au tabagisme et à l'âge avancé; le recours croissant aux technologies de reproduction pour pallier le problème d'infertilité ou pour manipuler le processus de conception; les risques durant la grossesse reliés à l'insuffisance de soins prénatals, au tabagisme ou à l'abus de l'alcool et de drogues, à la pauvreté et à l'absence de soutien social; la ménopause et les changements hormonaux; la fréquence inacceptable des actes de violence, notamment de violence sexuelle; les taux de cancers des organes reproducteurs, y compris le cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate; d'autres affections et troubles des organes sexuels et reproducteurs tels que l'endométriose et la dysfonction sexuelle.

Le troisième âge

La sexualité reste un aspect important au troisième âge. Les hommes et les femmes d'âge mûr ou du troisième âge demeurent des êtres sexués. Nombreux sont les femmes et les hommes qui restent sexuellement actifs à cette période de leur vie et, même si l'expression de leur sexualité se modifie, l'excitation et les réactions physiques demeurent. L'expérience des relations sexuelles et de la sexualité est influencée par les réactions physiques et affectives associées aux

changements hormonaux et au processus de vieillissement et peut s'exprimer notamment par un sentiment de perte et de deuil relié aux changements qui se produisent dans le fonctionnement et l'expression de la sexualité, ainsi qu'à la perte de partenaires et de pairs.

L'excitation et les réactions physiques demeurent au troisième âge, même si l'expression de la sexualité se modifie en raison des effets du vieillissement sur le plan physique et émotif.

Les influences sociales sur la sexualité continuent de s'exercer durant le troisième âge. Parmi les influences positives, il peut y avoir un sentiment accru de liberté avec l'allégement des responsabilités familiales et professionnelles ainsi qu'une appréciation plus équilibrée des relations sexuelles et interpersonnelles. En même temps, les attitudes sociales tendent souvent à nier la sexualité des hommes et des femmes âgés et à dévaloriser les aînés par rapport aux jeunes. Les femmes âgées sont confrontées à des stéréotypes selon lesquels elles sont sur leur déclin. Dans une société où l'on associe la féminité à la jeunesse et à la beauté, et la beauté à la valeur personnelle, ces femmes doivent lutter contre une dévalorisation qui mine leur estime de soi et peut de surcroît avoir de graves répercussions sur leur santé. Les hommes plus âgés ne sont pas épargnés par les attitudes sociétales négatives. La notion actuelle de masculinité accorde une large place à la virilité et au pouvoir, tandis que la perte de virilité sexuelle qui accompagne le vieillissement est parfois un sujet de risée et d'embarras. Il en résulte un sentiment de perte de capacité et de pouvoir ainsi qu'une diminution de l'estime de soi.

Au troisième âge, ***les enjeux et les risques*** incluent les taux élevés de cancers de l'appareil reproducteur, y compris le cancer du sein et de la prostate; la violence à l'égard des personnes âgées vivant en institution; d'autres affections et troubles tels que l'arthrite, les lombalgies chroniques, le diabète, l'hypertension, l'incontinence, l'ostéoporose et les cardiopathies, qui peuvent nuire à l'activité sexuelle.

Références

1. Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993). *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, (Vol. 1 et 2). Ottawa : Ministre des Services gouvernementaux du Canada.

2. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada (1999). *Maladies transmissibles sexuellement au Canada: Rapport de surveillance 1996* (comporte des données préliminaires pour 1997). Relevé des maladies transmissibles au Canada - Supplément, Vol. 25S1.

3. Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993). *Prévention de l'infertilité.* Vol. 8. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

4. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada (1999). *Le VIH et le sida au Canada - Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998.*

5. Nault, F. (1997). *Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995.* Rapports sur la santé, hiver 9(3). Ottawa: Statistique Canada.

6. Wilkins, R., Sherman, G.J., et Best, P.A.F. (1991). *Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986.* Rapports sur la santé, 3(1): 7-31. Ottawa: Statistique Canada.

7. The Alan Guttmacher Institute (1994). *Sex and America's Teenagers.* New York : The Alan Guttmacher Institute.

8. Wadhera, S. et Millar, W.J. (1997). *La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994.* Rapports sur la santé, hiver 9(3). Ottawa: Statistique Canada.

9. Wadhera, S. et Millar, W.J. (1996). *Santé périnatale: grossesses et taux, Canada 1974-1993.* Ottawa : Statistique Canada. Octobre.

10. Wadhera, S. et Strachan, J. (1991). *La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975-1989.* Rapports sur la santé, 3(4). Ottawa: Statistique Canada.

11. Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993). *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction.* (Vol. 1), Ottawa : Ministre des Services gouvernementaux Canada, 180.

12. Statistique Canada (1993). *L'enquête sur la violence envers les femmes: faits saillants.* Le Quotidien, 18 novembre. Ottawa: Statistique Canada.

13. Bagley, C.R. (1987). *Child Sexual Abuse in Canada: Further Analysis of the 1983 National Survey.* Calgary : The University of Calgary.

14. Les données sur la fertilisation *in vitro* (FIV) sont recueillies sur une base volontaire par l'autorité administrative canadienne à Ottawa. En 1995, 5 000 cycles de FIV ont été réalisés au Canada, au coût d'environ 6 000 $ à 6 500 $ par cycle amorcé, pour un total de plus de 30 millions de dollars.

15. Orton, M.J. et Rosenblatt, E. (1986). *Adolescent Pregnancy in Ontario: Progress in Prevention* (Report 2). Hamilton: McMaster University, School of Social Work, 126.

16. Day, T. (1995). *The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Iceberg.* London : Centre for Research on Violence Against Women and Children.

17. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1993). *Nursing intensive care for newborn babies.* (Fiche de renseignement 7). Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

18. Albert, T. et Williams, G. (1997). *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada.* Ottawa : Canadian Policy Research Networks Inc..

19. Grindstaff, C.F. (1995). *La fécondité au Canada de 1951 à 1993: l'explosion, le déclin, puis la stabilité?* Tendances sociales canadiennes (39), Hiver, 13-17. Ottawa: Statistique Canada.

20. Commission royale sur les peuples autochtones (1996). *Perspectives et réalités* (Vol. 4), Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 151.

21. Santé Canada (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens.* Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

22. Langille, D.B., Beazley, R., Shoveller, J., et Johnston, G. (1994). *Prevalence of High Risk Sexual Behaviour in Adolescents Attending School in a County in Nova Scotia.* Canadian Journal of Public Health, 85(4): 227-230.

23. Peters, L. et Murphy, A. (1993). *Adolescent Health Survey: Province of British Columbia.* Vancouver : The McCreary Centre Society, 67.

24. Ross, D. P., Scott, K., et Kelly, M. (1996). *La pauvreté des enfants:quelles en sont les conséquences?* Ottawa: Conseil Canadien de Développement Social.

25. Ng, E. et Wilkins, R. (1994). *Caractéristiques démographiques des mères et taux d'insuffisance pondérale à la naissance au Canada, 1961 à 1990.* Rapports sur la santé, 6(2): 241-252. Ottawa: Statistique Canada.

26. Millar, W.J., Strachan, J., et Wadhera, S. (1991). *Nouveau-nés ayant un poids faible à la naissance: tendances Canada, 1971 à 1989.* Rapports sur la santé, 3(4). Ottawa: Statistique Canada.

27. Ministère de la santé Ontario (1992). *L'enquête sur la santé en Ontario, 1990: faits saillants.* Toronto : Ministère de la santé de l'Ontario, 24.

28. O'Connor, A. (1993). *La prévention des cancers gynécologiques. Enquête promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique.* T. Stephens et D.F. Graham (Eds.). Ottawa : Santé et Bien-être Social Canada, 178.

29. Kinnon, D. (1994). *The birth control gap. On Women Healthsharing.* E. Dua, M.Fitzgerald, L.Gardner, D. Taylor, et L. Wyndels. (Eds.). Toronto : Women's Press, 155-160.

30. Aboriginal Nurses Association of Canada (1996). *Le VIH/SIDA et son impact sur les femmes autochtones du Canada.* Ottawa : Ministre de la Santé du Canada, 34.

31. Oakley, A., Rajan, L., et Grant, A. (1990). *Social support and pregnancy outcome.* British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 97(2): 155-162.

32. Colin, C. et Desrosiers, H. (1989). *Naître égaux et en santé.* Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

33. Sadik, N. (1994). *Key issues affecting the status of women.* International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 46(2): 209-214.

34. Orton, M.J. et Rosenblatt, E. (1986). *Adolescent pregnancy in Ontario: Progress in Prevention* (Report 2), Hamilton : McMaster University, School of Social Work, 27-28.

35. Murray, T. (1995). *Sterilization now a favorite birth control method.* The Medical Post, 31(28) August 8, 39.

36. Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993). *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction* (vol. 1). Ottawa : Ministre de Services gouvernementaux Canada, 207.

37. Beaudet, M.P., Walop, W., et Le Petit, C. (1997). *Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive.* Rapports sur la santé, automne 9(2). Ottawa: Statistique Canada.

38. Hanvey, L., Avard, D., Graham, I., Underwood, K., Campbell, J., et Kelly, C. (1994). *La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI.* Ottawa : Institut canadien de la santé infantile, 20-21.

39. Santé Canada (1995). *Horizons Deux : mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les femmes,au Canada.* D. Hewitt, G. Vinje, et P. MacNeil (Eds.). Ottawa : Santé Canada.

40. Orton, M. J. et Rosenblatt, E. (1991). *Adolescent pregnancy in Ontario 1976 - 1986 : Extending access to prevention reduces abortions, and births to the unmarried* (Report 3). Hamilton : McMaster University, School of Social Work, 4.

41. Jones, E.F., Forrest, J.D., Goldman, N., Henshaw, S.K., Lincoln, R., Rosoff, J.I., Westoff, C.F., et Wulf, D. (1985). *Teenage pregnancy in developed countries : Determinants and Policy Implications.* Family Planning Perspectives, 17(2): 53-63.

42. Anderson, G. M. et Lomas, J. (1985). *Explaining variations in cesarean section rates: patients, facilities or policies?* Canadian Medical Association Journal, 132(3): 253-259.

43. Blais, R. (1993). *Variations in surgical rates in Quebec: Does access to teaching hospitals make a difference?* Canadian Medical Association Journal, 148(10): 1729-1736.

44. Davies, B.L., Niday, P.A., Nimrod, C.A., Drake, E.R, Sprague, A.E., et Trépanier, M. J. (1993). *Electronic fetal monitoring: A Canadian survey.* Canadian Medical Association Journal, 148(10) : 1737-1742.

45. Hall, R. E. et Cohen, M. M. (1994). *Variations in hysterectomy rates in Ontario: Does the indication matter?* Canadian Medical Association Journal, 151(12): 1713-1719.

46. Institute of Medicine (1997). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases.* Washington, DC: National Academy Press, 28-68.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention des *choix personnels* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

1. Les choix personnels

Offrir à tous les individus la possibilité d'acquérir et de conserver les connaissances, les attitudes, les capacités, les compétences et les comportements nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de sexualité et de reproduction.

1.1 Améliorer les mesures de soutien pour le développement sain des jeunes enfants, y compris des soins et cours prénatals efficaces, du soutien et de la formation à l'intention des parents, et la création de conditions propices à l'éducation, à la stimulation et à la socialisation des jeunes enfants.

1.2 Améliorer les connaissances et les compétences des parents au chapitre de l'éducation sexuelle afin qu'ils puissent aider leurs enfants à faire des choix favorables à leur santé.

1.3 Assurer l'accès universel à des cours d'éducation sexuelle appropriés en milieu scolaire, tout au long de la scolarité.

1.4 Élaborer d'autres programmes et modèles éducatifs pour les jeunes hors du système scolaire, particulièrement pour les jeunes marginaux et les jeunes de la rue, qui sont les plus à risque.

1.5 Élaborer des lignes directrices et des programmes modèles pour la promotion de la santé sexuelle et génésique, y compris l'établissement de liens avec la promotion de la santé sur d'autres questions comme l'abus d'alcool et de drogue, le tabagisme et la violence.

1.6. Améliorer l'accès à des ressources appropriées et abordables pour assurer la protection contre les MTS et la contraception (condoms, pilules anticonceptionnelles, etc.), surtout pour les jeunes et les marginaux.

1.7 Promouvoir l'importance de subir régulièrement des examens de dépistage (frottis vaginal, mammographie, examen de la prostate et dépistage de Chlamydia chez les groupes à risque).

1.8 Améliorer la façon de rencontrer les besoins de diversité (par exemple, reconnaître les différences culturelles, l'orientation sexuelle et les déficiences) des programmes et ressources en promotion de la santé sexuelle et en éducation sexuelle.

1.9 Améliorer l'accès à l'éducation et aux mesures de soutien pour permettre un choix éclairé face à la prévention des malformations congénitales et au recours aux nouvelles techniques de reproduction et de génétique.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention des *valeurs sociétales* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

2. Les valeurs sociétales

Promouvoir des valeurs et des attitudes sociétales en matière de sexualité et de reproduction qui permettent et soutiennent la prise de décisions personnelles favorables à la santé tout au long de la vie.

2.1 Donner suite aux engagements du Canada à l'échelle internationale pour promouvoir les droits de la personne, les droits en matière de sexualité et de reproduction et l'égalité des sexes.

2.2 Améliorer et mettre en application les lois et règlements sur les droits de la personne et sur la non-discrimination à l'échelle fédérale, provinciale et municipale, afin de libérer les Canadiens et les Canadiennes de toute stigmatisation et de toute discrimination qui nuiraient à leur santé sexuelle et génésique.

2.3 Renforcer les lois et règlements afin d'encourager des attitudes sociales et un soutien plus appropriés vis-à-vis de la violence sexuelle.

2.4 Promouvoir une représentation positive, équilibrée et dépourvue de violence par rapport aux relations de pouvoir entre les hommes et les femmes dans les médias, y compris l'Internet.

2.5. Réduire la discrimination fondée sur le sexe, le harcèlement et la violence, par exemple par le biais d'initiatives d'éducation et de sensibilisation du public, d'initiatives dans le milieu de travail et en demandant aux collectivités d'identifier les questions qui les touchent et des solutions.

2.6 Réduire la discrimination fondée sur le sexe, y compris les attitudes face aux rôles, à l'emploi, à la valeur et au pouvoir de la femme et de l'homme.

2.7 Susciter des attitudes sociales plus saines et plus réalistes en ce qui concerne les rapports sexuels et la sexualité à l'âge mûr.

2.8 Améliorer la compréhension des questions d'ordre moral et éthique, des attitudes et des valeurs liées au développement et à l'utilisation des nouvelles technologies de reproduction et de génétique.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention de *l'accès aux services* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

3. L'accès aux services

Voir à l'accès équitable à des services de santé efficaces qui permettent de prévenir des problèmes ainsi que de promouvoir, de protéger et de rétablir la santé sexuelle et génésique.

3.1 Améliorer le corpus de renseignements dont on dispose à l'échelle nationale sur les services disponibles, les résultats obtenus et les lacunes existantes.

3.2 Améliorer l'accès aux services communautaires d'éducation sexuelle et de promotion de la santé sexuelle pour les adultes, tout au long de leur vie.

3.3 Identifier les services de santé sexuelle et génésique qui sont aussi essentiels que rentables et assurer une accessibilité universelle.

3.4 Améliorer l'accès des consommateurs et des fournisseurs de services à l'information sur la disponibilité des services de santé sexuelle et génésique.

3.5 Améliorer l'accès à des programmes et à des services efficaces qui présentent moins d'obstacles aux populations vulnérables (par exemple, une sensibilité à la culture, au sexe, aux déficiences, à l'orientation sexuelle, aux marginaux et jeunes de la rue, ainsi que fournir des services de garderie et de transport à ceux qui en ont besoin).

3.6 Élaborer et mettre en oeuvre des modèles de services pour les collectivités des régions éloignées ou rurales, afin de rendre plus accessibles les services de santé sexuelle et génésique requis.

3.7 Continuer de souscrire aux cinq principes consacrés dans la *Loi canadienne sur la santé* afin de contribuer à assurer l'universalité de l'accès aux services de santé sexuelle et génésique nécessaires.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention de *l'environnement physique* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

4. L'environnement physique

Réduire dans l'environnement physique les conditions et les substances nocives à la santé sexuelle et génésique.

4.1 Encourager et soutenir l'élaboration de meilleures méthodes, faciles à utiliser pour permettre aux individus de prendre en main leur santé sexuelle et génésique, par exemple les moyens de contraception et de protection contre les MTS.

4.2 Élaborer et renforcer les programmes et politiques visant à protéger les individus des conditions et substances dangereuses qui ont des répercussions sur la santé sexuelle et génésique, y compris l'exposition aux agents nocifs en milieu de travail.

4.3 Faciliter l'accès des consommateurs, des prestataires de services et des décideurs à de l'information précise, objective et facile à comprendre sur les dangers et risques pour la santé sexuelle et génésique.

4.4 Veiller à l'efficacité de la mise à l'essai, de la surveillance postcommerciale, de la réglementation des médicaments, des dispositifs médicaux et des interventions thérapeutiques qui ont des répercussions sur la santé sexuelle et génésique, notamment en ce qui concerne la surveillance et la réglementation des médicaments et des interventions reliés au traitement de l'infertilité.

4.5 Instaurer des interventions nutritionnelles, ou autres, qui sont efficaces pour prévenir les problèmes génésiques, par exemple l'acide folique pour prévenir les malformations du tube neural.

4.6 Entretenir et améliorer les efforts de contrôle et de surveillance des dangers susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé sexuelle et génésique.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention *les familles et les collectivités* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

5. Les familles et les collectivités

Renforcer la capacité des familles et des collectivités de maintenir et d'améliorer la santé sexuelle et génésique de leurs membres.

5.1 Améliorer et intégrer les programmes qui touchent la préconception, la grossesse et le post-partum, afin d'assurer aux mères, aux pères et aux bébés un soutien et une aide essentiels.

5.2 Améliorer l'accès à l'information et aux programmes de soutien destinés à aider les parents à contribuer au développement sexuel sain de leurs enfants, en insistant particulièrement sur les parents adolescents et les parents exposés à plus de risques.

5.3 Rehausser les prestations sociales et les mesures de soutien en milieu de travail destinées aux parents, afin de les aider à concilier vie professionnelle et vie familiale (par exemple, congé de maternité et congé parental, garderie en milieu de travail) et veiller à ce que ces services prennent en considération les différents types de structures familiales qui existent au Canada.

5.4 Promouvoir et distribuer les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle* de Santé Canada, afin d'en assurer l'utilisation.

5.5 Améliorer la formation des professionnels, y compris la définition de normes pour l'enseignement de la santé sexuelle et génésique dans les programmes de formation.

5.6 Rendre plus accessibles l'information, les services et le soutien des familles dont un membre est atteint d'une MTS, du VIH ou d'autres problèmes de santé sexuelle et génésique.

5.7 Encourager les réseaux de soutien social, les groupes d'entraide et les initiatives personnelles axés sur la santé sexuelle et génésique.

5.8 Mettre l'accent sur la santé sexuelle et génésique dans le cadre des initiatives des « Écoles en santé », des « Collectivités en santé » et des « Milieux de travail en santé ».

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention des *conditions sociales et économiques* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

6. Les conditions sociales et économiques

Atténuer les conditions sociales et économiques défavorables, qui limitent les possibilités d'améliorer la santé sexuelle et génésique.

6.1 Réduire la pauvreté et rendre plus équitable la répartition du revenu pour tous les Canadiens et les Canadiennes (par exemple, des politiques fiscales, des initiatives en matière d'emploi et de développement économique et des politiques d'aide au revenu).

6.2 Améliorer les possibilités d'éducation et d'emploi des groupes marginaux qui sont exposés à plus de risques sur le plan de la santé sexuelle et génésique.

6.3 Faciliter l'accès aux moyens de contraception et de protection contre les MTS (condoms, pilules anticonceptionnelles) à l'intention des groupes marginaux qui sont les plus à risque sur le plan de la santé sexuelle et génésique.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention de *la recherche, l'évaluation et l'information* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

7. La recherche, l'évaluation et l'information

Stimuler et soutenir les recherches et les évaluations portant sur les facteurs et les interventions de nature à améliorer la santé sexuelle et génésique, et veiller à la disponibilité de l'information susceptible de faciliter la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces.

7.1 Fixer des buts et des objectifs pour améliorer l'état de santé sexuelle et génésique, surveiller et noter les progrès.

7.2 Améliorer les connaissances des décideurs de politique à tous les niveaux en ce qui concerne la nécessité et les avantages des services de santé sexuelle et génésique.

7.3 Identifier des indicateurs pour la santé sexuelle et génésique qui sont meilleurs et de plus vaste envergure, y compris une emphase sur les hommes, ainsi que de nouveaux indicateurs et des mesures compatibles à l'approche de la santé de la population.

7.4 Instaurer des mécanismes permettant d'évaluer les retombées de la santé sexuelle et génésique sur les politiques de tous les secteurs.

7.5 Soutenir la recherche en vue d'accroître le corpus de connaissances servant à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'éducation sexuelle scolaires et communautaires.

7.6 Appuyer la recherche et l'évaluation en vue d'accroître le corpus de connaissances servant à l'élaboration, à la planification et à la mise en oeuvre des services de santé; une collecte des données normalisées sur les services de santé; un meilleur accès à l'information pour les responsables de la planification des programmes et les décideurs.

Initiatives proposées lors des consultations menées en vue de soutenir un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Ce tableau regroupe les nombreuses initiatives qui furent proposées lors du processus de consultation, et correspondant le mieux à l'axe d'intervention de *la recherche, l'évaluation et l'information* (nota : certaines initiatives pourraient correspondre à plus d'un axe d'intervention). Ces initiatives ne devraient être interprétées que comme point de départ pour des étapes subséquentes, car elles demanderont d'autres discussions auprès de Canadiens et Canadiennes, afin d'établir des priorités. De plus, une mise en oeuvre ne pourra être réalisée qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

7. La recherche, l'évaluation et l'information (suite)

Stimuler et soutenir les recherches et les évaluations portant sur les facteurs et les interventions de nature à améliorer la santé sexuelle et génésique, et veiller à la disponibilité de l'information susceptible de faciliter la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces.

7.7 Instaurer des mécanismes permettant d'évaluer, de façon continue, les besoins d'une collectivité donnée et de faire participer les consommateurs à la conception et à l'évaluation des services de santé sexuelle et génésique, de programmes d'éducation en matière de santé et des services de counseling et de soutien.

7.8 Stimuler et appuyer la recherche interdisciplinaire sur les déterminants de la santé sexuelle et génésique, en mettant l'accent sur les études longitudinales.

7.9 Rendre plus accessibles aux chercheurs, aux responsables de l'élaboration de programmes, aux fournisseurs de services et aux consommateurs les renseignements sur les approches efficaces en matière de programmes et de services, les modèles de meilleures pratiques, ainsi que sur les projets pilotes et les programmes novateurs.

7.10 Évaluer le rapport coût-efficacité des services de santé sexuelle et génésique.

7.11 Accorder une plus grande priorité à la recherche dans le domaine de la santé sexuelle et génésique à toutes les étapes de la vie par les organismes subventionnaires et les organisations du domaine de la recherche dans le secteur social et de la santé.

Priorités dégagées à l'issue des discussions portant sur un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique

Santé et développement des enfants et des jeunes

Il est évident que les initiatives et les mesures de soutien axées sur la santé et le développement des enfants et des jeunes devraient être au premier plan. C'est durant cette période qu'est fondée la base de notre santé sexuelle et génésique. Un investissement dans le développement des enfants et des jeunes engendrera donc des retombées importantes tant à court qu'à long terme. Au nombre des principales initiatives proposées figurent notamment des mesures de soutien aux parents, des programmes efficaces d'éducation sexuelle en milieu scolaire et communautaire, les relations saines et les approches qui ciblent certains groupes exposés à plus de risques comme c'est le cas des familles vivant dans la pauvreté, les jeunes marginaux ou jeunes de la rue. À cet égard, il serait possible de réaliser des progrès considérables en établissant des liens avec d'autres initiatives sur la santé et le développement des enfants élaborées par les gouvernements fédéral, provincial et territorial dans le secteur social et de la santé.

Améliorer l'accès à l'information

Une autre priorité qui a émergé est d'améliorer l'accès à l'information et aux conseils sur les approches novatrices, les programmes efficaces et les modèles des meilleures pratiques à l'intention des responsables de la planification, de l'élaboration des programmes et de la prestation des services. On juge également prioritaire de rendre plus accessible l'information aidant les consommateurs à faire des choix éclairés en ce qui concerne leurs habitudes de vie et l'utilisation des services, en mettant l'accent sur l'accès à l'information pour les groupes confrontés à des problèmes et à des obstacles particuliers.

Mesurer, suivre et consigner

Une autre priorité d'intervention consiste à renforcer notre capacité de mesurer, de suivre et de consigner les indicateurs clés de la santé sexuelle et génésique, y compris de s'intéresser davantage aux indicateurs positifs et d'accorder une plus grande attention aux indicateurs de la santé sexuelle et génésique masculine. Cette capacité est essentielle et sert de fondation pour établir les priorités à venir, la planification et l'évaluation du succès.

Prévention de l'infertilité

Le maintien de la capacité de reproduction et la prévention de l'infertilité sont d'autres problèmes sur lesquels il faut se pencher. Il s'agit d'une priorité pour Santé Canada, d'une part à cause de l'obligation de donner suite aux recommandations de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction et, d'autre part, parce que cette question représente une occasion concrète et réaliste d'illustrer la manière dont un plan d'action global et coordonné pourrait être construit à partir du Compte rendu.

Il serait judicieux que les premières interventions concertées soient axées sur ces priorités, bien que d'autres priorités pourraient être identifiées. Elles couvrent une large gamme de populations et de questions importantes, s'appuient sur des occasions déjà en place et offrent des possibilités d'améliorer de façon considérable la santé sexuelle et génésique.